Govea (C)

TRABAJO INAUGURAL

DE

CARLOS GOVEA

Sr. Prof. Dr. José M. Bandera
Pte

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

LIGERO ESTUDIO

SOBRE EL

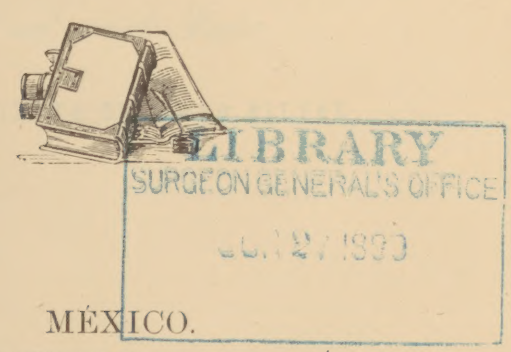
TRATAMIENTO DE LA COXO-TUBERCULÓSIS

TRABAJO INAUGURAL

QUE PARA EL EXÁMEN GENERAL DE MEDICINA
CIRUGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

CARLOS GOVEA

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD "FILOIÁTRICA"
EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN ANDRÉS
Y DEL INSTITUTO OFTALMOLÓGICO VALDIVIELSO
PRACTICANTE DEL CONSULTORIO GRATUITO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
É INTERNO DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD É INFANCIA.



MÉXICO.

IMPRENTA DE LA ESCUELA INDUSTRIAL DE HUÉRFANOS
Á CARGO DE JOAQUIN MONEDERO

1887.

A la sagrada memoria de mi Madre.

A mi querido Padre:

DEBIL TRIBUTO DE AMOR FILIAL.

Á LOS EMINENTES CIRUJANOS

Dres. Eduardo Licéaga, Rafael Lavista

y Francisco de P. Chacon.

Respeto y admiracion á sus profundos conocimientos.

Á MIS MAESTROS

los Profesores de la Escuela Nacional

de Medicina.

AL APRECIABLE Y ESTUDIOSO

Dr. Francisco Hurtado.

HOMENAJE DE GRATITUD POR LA AMISTAD CON QUE ME HA HONRADO.

Señores Jurados:

El asunto que he elegido para cumplir con el precepto de ley que obliga á presentar un trabajo inaugural, es de aquellos que, por las vastas y difíciles cuestiones que se presentan en su resolucion, por las dudas que asaltan como consecuencia natural de las variadas teorías que en la actualidad se disputan la verdad para explicar la patogenia de la afeccion, convida poco á tomarse como punto de tésis para un exámen profesional; pues para hacer un trabajo á la vez que útil bien pensado, preciso seria poseer una extensa práctica y no ménos grande instruccion.

Mi humilde estudio no contendrá en sus mal trazadas páginas brillantes ideas, ingeniosos procedimientos quirúrgicos y perfectamente bien fundadas indicaciones; será solamente un grano de arena que ojalá pueda tener alguna utilidad para levantar más tarde el monumento de nuestra cirugía nacional. Por otra parte, no podria pedirse más á los limitados conocimientos de un estudiante y á su cortísima experiencia; así es que, si grandes son los errores que mi trabajo presente á cada paso, mayor es la benevolencia de los ilustrados profesores que forman el jurado calificador para que al notarlos los perdonen. Ninguno de ellos habrá olvidado todavia la série no interrumpida de dificultades con que se tropieza para la eleccion de un trabajo inaugural y los temores concebidos al sujetarlo al juicio de personas por mil títulos competentes.

La realizacion de mi estudio no la hubiera logrado sin la valiosa cooperacion del inteligente Dr. Francisco Hurtado, y seria injusto si públicamente no le diera un voto de gracias por sus desinteresados servicios.

Cárlos Govea.

EL nombre de coxalgia aplicado á la mayor parte de las afecciones de la articulacion coxo-femoral, tiene el inconveniente, por su aplicacion genérica, de traer multitud de confusiones entre enfermedades esencialmente diversas, ya en su etiología, ya en las lesiones anatómicas que engendran. Si atendemos á la etimología de la palabra, que viene de *coχα*, cadera, y *ἄλγος*, dolor, encontramos nuevo argumento para comprender la impropiedad con que se ha usado en la denominacion de afecciones que cuentan al dolor como síntoma muy accesorio; bien elegida para designar la enfermedad de Brodie, donde existe como síntoma principal el dolor articular, no me parece

deba aceptarse cuando queremos hablar de la tuberculósis de la articulacion coxo-femoral, pues entónces el nombre de coxo-tuberculósis, con que el profesor Lannelongue la designa, merece por mil razones sustituirse al de coxalgía, que puede ser, y es muy á menudo, fuente constante de errores.

Para corroborar lo anterior, no puedo hacer cosa mejor que traducir un párrafo del mencionado autor y que se halla en la introduccion de su magnífica monografía sobre coxo-tuberculósis. Dice así: "En la tuberculósis de la cadera, cuyo estudio es el objeto de estas lecciones, el fenómeno dolor es secundario y accesorio ante una lesion fundamental y primitiva, en la actualidad perfectamente conocida. Así, importa mucho detener toda incertidumbre, toda confusion, sustituyendo una denominacion lógica y cierta á una nocion empírica y falsa. El nombre de coxo-tuberculósis aparece naturalmente para traducir á la vez el hecho anatómico y la nocion etiológica inherente á este hecho: lo emplearé, pues, á falta de palabra mejor y á pesar de mi repugnancia para introducir neologismos. Por otra parte, no se trata solamente de una sustitucion de términos, si no más bien de la necesidad de poner en relieve una localizacion morbosa cuya constancia y fijeza de fenómenos es de lo mas notable, y de deducir relaciones legítimas de síntomas y lesiones."

Para exponer con algun órden los medios, tanto médicos como quirúrgicos, de que se dispone en la práctica para el tratamiento de la coxo-tuberculósis, he creido conveniente estudiarlos siguiendo la marcha clínica de la enfermedad, sujetándome para ello á la división en tres períodos que el profesor Lannelongue describe en su citada monografía.

I

Tratamiento del primer período.

Hay un principio científico muy racional que previene que, para dirigir convenientemente el tratamiento de una enfermedad, es preciso diagnosticarla, saber el enemigo con quien se lucha para obtener mayores probabilidades de éxito.

Desgraciadamente, en la difícil y oscura ciencia médica no siempre es posible formar un juicio capaz de desafiar todas las dudas, y esto cuando avanzado el mal, se presenta al espíritu del observador con un cuadro completo de síntomas; naturalmente la situación se agrava cuando al principio de las enfermedades vagos é inciertos signos indican la probabilidad de una afeccion determinada. Tales consideraciones se presentan al pensar en las dificultades y tropiezos que se hallan en la práctica para el diagnóstico de la coxo-tuberculósis al principio del primer período, y por consiguiente, la frecuencia de caer en error instituyendo otros tratamientos que los convenientes á esta enfermedad; quizás sea ésta la causa porque ningun enfermo recobra la salud en esa fase de la afeccion sin pasar casi irremediablemente al segundo período, y no porque la terapeútica esté privada de recursos para combatir las lesiones tuberculosas que principian, sino más bien por las perplejidades del práctico, que piensa estar enfrente de los más variados procesos hasta que el tiempo, con los progresos de la afeccion,

le descubre la verdad. Así es que, cuanto pueda decirse del tratamiento de la coxo-tuberculósis en su principio, tiene que ser puramente teórico y en relacion con las ideas conocidas sobre su patogenia.

Mejorar las condiciones orgánicas del sujeto afectado de coxo-tuberculósis, es seguramente el principal papel que debe cuidarse de realizar, pues modificado el terreno, el gérmen infeccioso causa de la enfermedad, no llevará adelante los males que ocasiona donde quiera que encuertre medio á propósito para su desarrollo. Entre los recursos con que cuenta la ciencia para obtener este resultado, tienen lugar predilecto los medios higiénicos; así es que un aire puro como el que se respira en el campo, una alimentacion sustancial y reparadora, en su mayor parte azoada, y por último, el alejar al enfermo de otros que, portadores del bacilus pudieran cedérselo, puesto que está en condiciones especiales para recibirlo, son preceptos que puestos en práctica darán indiscutibles beneficios.

Al lado de la higiene debemos colocar los medicamentos internos cuya importancia está en paralelo con los bienes que producen. Los generalmente aconsejados son: los tónicos amargos, como el vino de quina, que es tambien tolerado en los niños asociado á una pequeña dósis de extracto de nogal:[1] los neurosténicos, como la nuez vómica, administrándose en una dósis en relacion con la edad del enfermo; las preparaciones ferruginosas, especialmente el jarabe de Dupasquier; por último, son tambien armas poderosas de la terapeútica médica el ioduro de potasio y el aceite de bacalao. El empleo de estos dos ùltimos medica-

1 Práctica del Sr. Dr. Francisco de P. Chacon.

mentos tiene el inconveniente de producir perturbaciones digestivas en el delicado organismo de los niños; la suspension de su uso es suficiente en muchas ocasiones para corregir estas perturbaciones; mas si á pesar de ello no se obtiene resultado, los absorbentes están perfectamente indicados, con tanta mayor razon, cuanto que es preciso esmerarse en evitar la prolongacion de la diarrea, que despues de debilitar considerablemente á los enfermos, llama, permítaseme la expresion, al gérmen tuberculoso que se presenta allí lo mismo que en la articulacion atacada ya.

Respecto al tratamiento local, y pudiéramos llamar directo, se reduce, al principio del primer período, cuando no hay más síntoma que dolor y ligera contractura muscular refleja, al reposo en la cama guardando el decúbito horizontal. De esta manera se inmoviliza la articulacion, se evita la presion que el peso del cuerpo pudiera ejercer sobre la cabeza del fémur, por donde es frecuente que comiencen las lesiones, y al combatir estas causas de flogósis, se corrigen los síntomas que hasta entónces se presentan, el dolor se calma y con él la contractura muscular. Este recurso tiene aplicacion, tanto para la tuberculósis primitiva de la articulacion como para la secundaria, que en opinion de los autores que se han ocupado de la materia, es la más común.

Se objetará que si el reposo quita el dolor y trae la relajacion muscular, en cambio es incompatible con las prescripciones higiénicas tan importantes para alejar toda amenaza de infeccion general. Tal objecion, que á primera vista parece irrefutable, no lo es en realidad, pues los excitantes físicos: movimiento, luz y aire puro, que parecen vedados con la permanencia en la cama, pueden obtenerse ó

suplirse aunque se esté sometido al reposo. El movimiento, que es fuente de calor, y por consiguiente de vida y actividad funcional de órganos y tejidos, es el primero atacado; pero tenemos en la terapeútica medicamentos que, activando la circulacion y respiracion, suplen al calor que falta por la ausencia de movimiento. Los beneficios ahora indiscutibles de la luz solar sobre nuestro organismo, se le procuran fácilmente al que está obligado á permanecer en una cama, pues basta trasportarlo á donde pueda recibir los rayos del sol durante algunas horas del dia. Esto le trae la doble ventaja de respirar otro aire que el de la habitacion en que permanece todo el dia, y le distrae de la idea, siempre fija, de sus sufrimientos.

En los niños, que en realidad son los que frecuentemente tendrémos que tratar de la coxo-tuberculósis, no podria conseguirse que guardaran el reposo deseado, á pesar de súplicas que no atenderán y de vigilancia la más estricta; así es, que convendrá colocarlos en una canal de Bonnet perfectamente acolchonada.

¿Cómo obra el reposo? Fuera de la accion antiflogística que posee suprimiendo la irritacion funcional que uniria su influencia á la especial de la tuberculósis, no puede decirse que tenga una accion específica contra una enfermedad cuya patogenia, hoy definida, no va de acuerdo con el método impuesto en este período; mas el hecho clínico es, que focos tuberculosos que principian sufren una regresion en su marcha y llegan quizá á curar cuando la articulacion en que se sitúan está sujeta al reposo. Si científicamente no encontramos explicacion satisfactoria, seámos sinceros confesando nuestra ignorancia y esperemos, mejor que aventurar, forzadas explicaciones.

Hueter, pensando en la naturaleza parasitaria de la afeccion, ha propuesto un método más racional, pero demasiado teórico y que no ha dado resultado: me refiero á las inyecciones antisépticas de solucion fénica al 5 por ciento practicadas en el interior de la articulacion con una jeringa de Pravaz. Se comprenden la serie de inconvenientes que tiene el procedimiento: en primer lugar, la presencia de una solución así titulada dentro de la articulacion no es inocente; en segundo lugar, si es cierto que el líquido baña la superficie de la sinovial y cartílagos diartrodiales, ¿es allí donde comienzan las lesiones? ¿Se tiene acaso la seguridad de ir á caza del microbio cuando la mayor parte de las veces es el interior de la epífisis femoral la primera atacada y las alteraciones de cartílagos y sinovial son secundarias?

Se han recomendado en este período de la afeccion las fricciones con ungüento napolitano practicadas sobre la region coxo--femoral: bella ilusion, en mi concepto, si se pretende obrar sobre lesiones tan profundamente colocadas, pues si el mercurio es antiflogístico y de hecho se absorbe por la piel, es en tan pequeña cantidad, que de manera alguna podria influir en beneficio de la tuberculósis articular, perjudicando sólo á los enfermos con la estomatítis, de temerse tanto más, cuanto que la mayor parte de ellos son niños. Al lado de las fricciones mercuriales se hallan aconsejados los vejigatorios, las embrocaciones con tintura de iodo y las cauterizaciones trascurrentes con el termocauterio. Se dice que todos estos medios producen una irritacion superficial sustitutiva de la profunda. Mucho me resisto á creer en la eficacia de tales recursos, si no van asociados del tratamiento general y el reposo. En efecto, ¿qué

influencia ha de tener una irritacion tan superficial sobre una enfermedad de naturaleza parasitaria, que si produce inflamaciones son tan profundas que distan algunos centímetros de la piel? Pero abandonando la teoría é interrogando la clínica, no encontraremos un solo hecho de curacion por los medios indicados sin que en su auxilio hallemos siempre al reposo.

Separémonos, pues, de esta práctica tantas veces aconsejada, quizá por rutina: si al seguirla no encontráramos más males que bienes, pudiera recomendarse, aunque fuera poniendo un punto de interrogacion á sus bondades terapeúticas; más si al dolor propio de la afeccion unimos el causado por los medicamentos ántes citados, que son todos ellos dolorosos, agravaremos uno de los síntomas de la coxo-tuberculósis, la contractura muscular refleja, causa principal de las posiciones viciosas del miembro.

En resúmen, cuando el cirujano, por un exámen detenido del conmemorativo y de la articulacion que padece, sospecha la existencia de la coxo-tuberculósis en el principio del primer período, no cuenta con otras armas que el reposo y los medicamentos generales. ¿Cuánto tiempo debe permanecer el enfermo en reposo? Cuestion es ésta de difícil resolucion. Si fuera posible ver la marcha seguida por las lesiones articulares, como se observa, por ejemplo, en la cicatrizacion de la herida de un miembro, no cabrian vacilaciones: el dia que el estado de un foco tuberculoso fuera tal que en su lugar existiera una cicatriz fibrosa, suspenderíamos nuestro método y nos alejaríamos tranquilos. Por desgracia, esto, que seria el ideal, no es realizable, y entre tanto nos contentaremos con los datos que suministran los todavía imperfectos medios de exploracion. Cuando el dolor ha de-

saparecido, tanto expontáneamente como á la presion, cuando los movimientos de la articulacion no son estorbados por la más ligera contractura muscular y se efectúan sin despertar sufrimiento, creo que estamos autorizados para suspender el reposo sin dejar de continuar con la medicacion interna, que debe seguirse por algun tiempo. Es muy conveniente vigilar cuidadosamente á los enfermos, para que á la primera queja de dolor ó al menor indicio de claudicacion vuelvan á la cama.

Puede suceder que, á pesar del reposo y tratamiento general apropiado, no se consiga detener la marcha de la coxo-tuberculósis, ó que no habiéndose asistido á su evolucion, se halle en época más avanzada que el principio del primer período y se traduzca por síntomas más constantes, en relacion, por supuesto, con lesiones más serias. Estos síntomas son: el dolor expontáneo y provocado, que es más intenso que al principio, y no lo corrige el simple reposo; la contractura muscular, que aumentando produce ya una ligera flexion del muslo sobre la pélvis, trayendo como consecuencia claudicacion marcada y cierto grado de acortamiento del miembro; en una palabra, en el momento en que terminando el primer período la afeccion está muy próxima al segundo. En esta situacion se ha aconsejado, con justicia, fijarse en otros medios que el simple reposo en una cama ó en la canal de Bonnet, porque es impotente para luchar con los fenómenos existentes. La extension continua por medio de pesos es el recurso más brillante con que pueda contarse; sus efectos, que estudiarémos en detalle más adelante, nos darán razon de su perfecta indicacion en este caso, y verémos con claridad por qué la ligera contractura muscular desaparece, por qué el dolor no se siente ya, y por úl-

timo, por qué inmovilizando muy bien la articulacion y separando sus superficies, favorece la curacion de las lesiones creadas por la tuberculósis.

El peso que deba colocarse será de 1000 á 1500 gramos. pues esto basta para lograr un buen éxito. El niño de la observacion número 1 es la mejor prueba del resultado feliz de la extension continua en este período, pues mes y medio que ha permanecido sujeto á ella es suficiente para juzgar sus ventajosos efectos. ¿Cuánto tiempo deban estar los enfermos sometidos á la extension? No hay mejor regla á que sujetarse para resolver la cuestion, que observar si han desaparecido todos los síntomas que acusaban la presencia de la coxo-tuberculósis al momento de colocar el aparato. siendo despues prudente, para evitar las reincidencias, recomendar al paciente no ande mucho, continúe el tratamiento general y use, durante algunos dias, un peso moderado por las noches, lo que puede llevarse á cabo fácilmente dejándole puestas las telas que forman el sencillo aparato de extension que describiré mas tarde.

Se recomienda por algunos autores los aparatos inamovibles de dextrina ó yeso que, se dice, inmovilizan la articulacion y pueden curar la coxo-tuberculósis en esta fase de su evolucion. El principio en que se funda su empleo es bueno, y es precisamente uno de los principales que al encontrarse realizado con la extension obligan á proclamar su uso. La inamovilidad que procuran los aparatos de dextrina ó yeso no puede ser perfecta, pues un miembro atacado de coxo-tuberculósis se enflaquece, y el aparato inamovible, no pudiendo seguirlo en su disminucion de volúmen, dejará cierto espacio que permitirá movimientos á la articulacion, puede acontecer que en lugar de enflaquecer-

se el miembro, aumente de volúmen en algun punto por la presencia de un absceso, por ejemplo, y en tal caso, el aparato inamovible evitará que se le observe y diagnostique en tiempo oportuno, á la vez que comprimiendolo por ser inextensible, ocasionará dolor y quizá hasta ulcerará la piel apresurando su abertura. La extension continua inmoviliza siempre la articulacion sin presentar ninguno de los citados inconvenientes. La contractura muscular, si algo se domina con los aparatos inamovibles, no puede ser tan perfectamente corregida como lo es con la extension, puesto que aquí hay una fuerza que lucha constantemente en sentido inverso de la muscular y la vence por fin, cosa que no se consigue con los aparatos.

Así es que, por las razones precedentes, deben desecharse los aparatos de dextrina ó yeso para el tratamiento del fin del primer período de la coxo-tuberculósis, sustituyéndose útilmente por la extension continua, que ya desde esta época se admiran sus brillantes efectos y los servicios tan grandes que presta, unas veces como tratamiento curativo, otras como medio que indica la necesidad de la reseccion, y siempre para continuar la obra que se emprenda con esta operacion. Siendo tan variadas sus aplicaciones, requiere haga de ella un estudio aparte, para evitar repeticiones á cada paso, y limitarme á señalar sus indicaciones en un caso dado, los efectos que con su empleo se piensa obtener y las ventajas que presente sobre otros métodos aconsejados.

II

De la extension continua.

La idea de la extension continua y de su aplicacion aparece por primera vez en la ciencia preconizada por Le Sauvage (de Caen) en 1835, que en una Memoria publicada en los archivos de Medicina sobre las luxaciones expontáneas del fémur, se expresa así: «Toda la ventaja de la extensión continua consiste en sustraer las superficies huesosas de los movimientos y presion recíproca que las hace experimentar la contraccion muscular.» Como se ve, este distinguido cirujano comprendia ya en su época el principal papel que desempeña la extension. Como todo lo nuevo, su método pasó desapercibido, quedando sepultado en el olvido un buen espacio de tiempo á pesar de haberse puesto en práctica por cirujanos del renombre de Velpeau. Los americanos Davis, Sayre y Andrews volvieron á ocuparse de la extension, haciendo al método primitivo una modificacion que cambia por completo sus efectos. Sus ingeniosos aparatos tienen tal construccion, que el enfermo puede andar; de suerte es, que no teniéndose la inmovilidad absoluta, condicion tan necesaria para obtener buenos resultados con la extension, no se emplean como tratamiento primitivo en la coxo-tuberculósis, y si acaso pueden ser de alguna utilidad, es tal vez en la convalecencia. Con la misma idea que los americanos, Le Fort en 1865 imaginó en Francia un aparato semejante.

Es en Alemania, centro de donde han partido tantos

adelantos, que renació el antiguo método de Le Sauvage, para llenar de gloria, en esa progresista nacion, á cirujanos como Volkmann, Kœnig y Paschen, que con pacientes observaciones han conseguido generalizar el método en cuestion. Al citar los nombres de estos autores no deben pasarse por alto los de Bæckel y Lannelongue, que en Francia han emprendido el estudio y generalizacion de la extension continua con los resultados notables que en la actualidad se conocen.

Para investigar la manera de obrar de la extension continua, se han emprendido experiencias cadavéricas en Alemania por Kœnig y Paschen, en Francia por Lannelongue, y en Rusia por Morosoff. El primero de estos autores trató de estudiar su influencia sobre la tension intrarticular y la separacion de las superficies huesosas. Respecto de lo primero, creyó se producia una disminucion, pues colocada la cánula de una jeringa llena de liquído dentro de una articulacion sometida á la extension, notó que el liquído pasaba de la jeringa á la cavidad articular. Más tarde Reyher y Ranke repiten la experiencia eligiendo articulaciones que contuvieran líquido. En lugar de jeringa usan de un manómetro; una de las ramas del instrumento la hacen comunicar con el interior de la articulacion, y observan que la columna manométrica sube. Esto los obliga á concluir de una manera opuesta á la de Kœnig, y afirman que con la extension se eleva la tension intrarticular. El profesor Lannelongue se inclina á esta última opinion, por los efectos clínicos obtenidos con el método de que se trata sobre una articulacion fungosa, pues es muy probable que en la regresion de las fungosidades tome mucha parte el aumento de tension. En apoyo de la idea

de Rayher y Ranke puede citarse este otro experimento, que aunque hecho para investigar la influencia de la extension continua en un absceso frio, puede servir de contraprueba á la opinion de estos autores; pues la analogía que presentan las paredes de un absceso con las flácidas reblandecidas y fungosas de una articulacion tuberculosa es tal, que no habria inconveniente en citarlo como una probabilidad más en favor de la opinion que sostiene el aumento de tension. El experimento es el siguiente: se pone la rama de un manómetro en comunicacion con el foco purulento, se somete el miembro donde se sitúa el absceso á la traccion por medio de pesos, y se observa que la columna del instrumento sube á medida que aumenta el tiempo en que se hace la experiencia.

Respecto al segundo punto que se propuso resolver Kœnig, la separacion de las superficies articulares bajo la influencia de la extension, se ha logrado demostrarlo por la experimentacion cadavérica emprendida ya por este autor, ya por los que le han seguido, haciendo palpable este feliz resultado que tanto explica los efectos del enérgico medio que posee la cirugía conservadora ante la coxo-tuberculósis. La primera experiencia que Kœnig llevó á cabo fué la siguiente: sometió á la congelacion el cadáver de un hombre sano de la articulacion coxo-femoral; hizo luego cortes en ella, y notó que las superficies diartrodiales, en contacto inmediato en algunos puntos, estaban en otros separadas por pequeñas capas de hielo. La articulacion del lado opuesto se sujetó á una traccion de ocho libras, y al efectuar los mismos cortes se observó que el espesor de las capitas de hielo interpuestas era de un milímetro á milímetro y medio y ocupaban toda la superficie. Paschen comprobó

las experiencias de Kœnig. Morosoff, siguiendo esta misma via, llegó á resultados un poco diferentes á los anteriores. Dice que, para obtener la diástasis se necesitan, no ocho, sino sesenta libras, y esto, cuando divididas las partes blandas periarticulares las superficies huesosas permanecian sostenidas sólo por la presion atmosférica. Schultze cree, y con razón, que hay mucha diferencia entre la aplicacion momentánea de un peso grande y la continuada de uno que no lo sea tanto, pues éste vencerá al fin la resistencia y elasticidad de los tejidos periarticulares, cosa que no se conseguirá con el otro que, aunque grande, se aplica solamente algunos instantes.

Las experiencias que acabo de relatar si son demostrativas, no lo son tanto como el hecho siguiente, perteneciente á Lannelongue. Se trata de un niño de cuatro años de edad, que padecia coxo-tuberculósis del lado derecho hacia cinco meses. Estuvo sometido á la traccion de dos kilógramos primero y despues de tres, durante veinticinco dias. Es atacado de croup y muere, habiendo sido sustraido de la traccion cuatro dias ántes de su muerte. A las diez de la mañana del 12 de Diciembre de 85, el cadáver, estando desprovisto de rigidez, fué sometida su articulacion enferma á una traccion de 4 kilógramos por el procedimiento empleado en vida: à las 7 de la noche se congeló y se hicieron cortes en la articulacion que era objeto del estudio. En el centro y hácia arriba, las superficies articulares estaban separadas, en el centro existia un espacio de dos milímetros, y hácia arriba y afuera estaban distantes medio centímetro; abajo, estaban en contacto inmediato, notándose que en este lugar la cápsula se hallaba tendida sobre la cabeza femoral, al contrario de lo que sucedia arriba, donde existia una série

de fungosidades emanadas de la sinovial y llenando el vacio que dejaban las superficies articulares. Este curioso hecho, comprobacion de las experiencias de Kænig, trae la conviccion más perfecta sobre la realidad de la benéfica separacion de las superficies articulares producidas por la extension largo tiempo continuada con un peso moderado.

Hasta aquí lo que enseña la experimentacion cadavérica: si consultamos ahora la clínica, veremos cuán variados son los efectos de la extension, á la vez que cuán notables las utilidades que prestan al enfermo atacado de coxo-tuberculósis; pues el método de que me ocupo inmoviliza la articulacion, y es, por consiguiente, antiflogístico: suprime el dolor expontáneo y llega á conseguir la desaparicion del provocado; corrige la contractura muscular, obrando así sobre la posicion viciosa y colocando al miembro en la situacion más apropiada en caso de curacion; por último, como lo he anunciado ya, es un medio excelente que puede servir para indicar al cirujano la necesidad de la reseccion.

Los efectos analgésicos de la extension los he observado en todos los niños que han estado sujetos á este método: en mis observaciones se puede leer que siempre ha desaparecido el dolor expontáneo y que el provocado ha disminuido bastante. En el niño de la observacion núm. 5 se notó que á pesar de la extension contínua, despertaba quejándose cuando dormido ejecutaba algun movimiento que á la vez se comunicara á la articulacion, pero había en este caso una circunstancia que explicaba suficientemente lo que parecia fracaso de la extension continua para calmar el dolor expontáneo, pues no estaba colocado, como se aconseja, en una canal de Bonnet; por falta de ella se le tenia en un plano inclinado improvisado en su cama; inmoviliza-

da incompletamente la articulacion, tenia que obtenerse ese resultado. Es de notarse que no sólo desaparece el dolor expontáneo de la articulacion enferma, sino tambien el dolor á distancia, como la gonalgía, tan comun en la enfermedad que vengo estudiando. El niño de la observacion núm. 7 la presentaba con toda claridad, y algunos dias de extension fueron suficientes para que se le quitara.

Los enfermos muy sensibles al sufrimiento, cuyo sistema nervioso es naturalmente excitable, ó que por alguna perturbacion de las que exaltan sus funciones se quejan de la menor molestia, como pasa en los histéricos, la extension es poderoso recurso que les evita el dolor cuando afectados de coxo-tuberculósis se somete su articulacion á este tratamiento. Recuerdo un enfermito llamado Julio Orozco, de nueve años de edad, atacado de coxo-tuberculósis no supurada en el lado derecho: era netamente histérico; además de existir el antecedente hereditario, porque su mamá padece esta enfermedad, se veia en él un carácter pusilánime é impresionable en sumo grado; lloraba con la facilidad con que reia, y era tal su susceptibilidad al dolor, que el que le ocasionaba el menor movimiento de su articulacion enferma le provocaba verdaderos ataques de histeria. Este pobre niño, como debe comprenderse, sufria horriblemente, y fué suficiente algun tiempo de extension para que no se quejara de dolor expontáneo.

La desaparicion del dolor en la coxo-tuberculósis bajo la influencia de la extension, se explica fácilmente, pues este síntoma es producido, ó por neurítis desarrolladas por el proceso flogístico creado por el tubérculo, ó por la compresion recíproca de las superficies articulares. La extension, al inmovilizar la articulacion, es antiflogística; obra,

por consiguiente, contra las neurítis, y siendo demostrado que separa las superficies articulares, tenemos con esto que, llevando su accion sobre las causas del fenómeno, nada más natural que su abolicion. Si despues de algun tiempo de perseverar infructosamente con la extension, el dolor no sólo continúa sino que es más intenso, debemos recurrir á otro medio más enérgico, porque es una prueba cierta de que la enfermedad avanza.

La extension hace desaparecer la contractura por dos razones: primera, porque el dolor causa de ella, siendo disminuido y áun abolido, tiene, por consiguiente, que disminuirse ó quitarse la contractura muscular; segunda, porque es un hecho de observacion, que una traccion constante y gradual ejercida sobre un músculo en estado de contraccion, llega al fin á terminar por relajarlo. Así es que puede afirmarse que miéntras la atrofia de las fibras musculares no sea muy avanzada y el tejido conectivo que las envuelve no sea muy abundante en relacion á su número y volúmen, la extension continua llegará á dominar el estado de vigilancia del sistema muscular, como tan acertadamente lo llama Verneuil.

En la observacion número 1 se ve que la extension continua sola, bastó para vencer la contractura, pues pasados pocos dias el miembro se hallaba extendido. En los enfermos á que se refieren las otras observaciones, la contractura no ha vuelto á presentarse una vez colocado el peso extensivo despues del enderezamiento y correccion de la posicion viciosa llevada á cabo bajo el cloroformo.

Al suprimirse la contractura se remedia la posicion viciosa siempre que para su produccion no éntre algun otro factor, como la luxacion patológica, por ejemplo: en

tal caso, á pesar de la extension, la posicion quedará la misma. He dicho ántes que con la extension se pone el miembro en la situacion más útil: dado el caso de curacion por anquílosis, no sucederia igual cosa con los aparatos inamovibles, que por mejor colocados que queden, dejan el muslo en cierto grado de flexion, y si viene la anquílosis es en esta posicion desfavorable.

La inmovilidad que la extension continua procura á las superficies articulares, se comprende perfectamente desde el momento en que quedan incapaces de sufrir el menor desalojamiento; pues por una parte las dos fuerzas que obran sobre ellas en sentido inverso: extension y contra-extension, y por otra, la canal de Bonnet evitando movimientos laterales de la pélvis y del muslo, completan un excelente aparato de inmovilizacion. Siendo el reposo una regla en cirugía para el tratamiento de cualquier proceso inflamatorio, y desempeñándolo tan bien el método en cuestion, se ve la justicia que hay para el epíteto de antiflogístico que se le ha impuesto.

El profesor Lannelongue en su entusiasmo por defender y generalizar la extension continua, que como todas las cosas, produce magníficos resultados en lo que está bajo su dominio y trae profundas decepciones en lo que se aleja de sus efectos; el profesor Lannelongue, repito, ha llegado á sentar que el epíteto de antiflogística aplicado á la extension es merecido, no sólo por la inmovilidad y separacion de las superficies articulares que de hecho produce, sino tambien porque él posee la conviccion de que abscesos extra y áun intrarticulares llegan á desaparecer por la traccion continua aplicada al miembro enfermo. El mecanismo por el cual se obtendria este resultado, seria el

aumento de tension producido dentro del foco purulento, con lo que se favoreceria la reabsorcion del contenido. Ciertamente que si en otros puntos he sido partidario de las respetables opiniones del distinguido profesor, no pasa lo mismo aquí, donde la clínica y el raciocinio me obligan á disentir de su idea, hija, en mi humilde concepto, del entusiasmo con que ha visto los resultados muchas veces brillantes de la extension, que se admiran en multitud de casos; mas no deben por esto hacernos ver las cosas á través de un prisma engañador que nos haga buscar en la extension efectos que no puede poseer, sin que para explicarlos sea preciso ponerse en abierta oposicion con los que son ya verdades de la ciencia.

Que fungosidades intrarticulares sometidas á cierta compresion por el aumento de tension se modifiquen al grado de entrar en regresion, se comprende perfectamente; pues un tejido, patológico ó normal, que se alimenta mal, cuya circulacion se entorpece de alguna manera, como en el caso de las fungosidades, por la compresion, tiene que ver llegar la ruina de sus elementos anatómicos, y la grasa, al invadirlos, demostrará que ahí falta la vida, que aquellos elementos no seguirán reproduciéndose, y la regresion del tejido que forman se explica con claridad. Si en vista de esto se llama antiflogística á la extension, admitido; pero de allí deducir que el pus, producto extraño, patológico, quede primero estacionario y desaparezca despues del interior de una articulacion ó de un absceso, tan sólo porque la traccion ha producido un aumento de tension, no es admisible sin desmentir el principio que dice: «el pus hace pus,» que tantas veces le oí recitar á mi maestro el ilustrado cirujano Doctor R. Lavista, y cuya exactitud la he

visto confirmarse todos los dias. Si por el aumento de tension de una cavidad que contiene pus éste se reabsorbiera, la medicina operatoria habria hecho una gran conquista, y con ella sería preciso modificar el precepto generalmente admitido de evacuar el pus siempre que se pueda; proceder así es imitar á la naturaleza: sigamos al pié de la letra lo que enseña la sábia maestra y no vayamos á colocar un aparato de extension para curar focos purulentos intrarticulares, teniendo algunos dias despues el disgusto de observar que el pus se ha abierto una via que nosotros con el bisturí hubiéramos trazado con más tino.

En la observacion número 5 se lee que al hacer la reseccion, una buena cantidad de pus llenaba la articulacion; el enfermo objeto de la historia habia sido sometido á la extension continua, y á pesar de eso no habia indicios de que el pus se reabsorbiera; todo lo contrario, un poco más de tiempo y la naturaleza hubiera indicado el camino que entónces emprendia el cirujano. Ultimamente he visto practicar la reseccion á un niño del Hospital de Infancia y que estuvo tres meses sujeto á la extension. Un mes ántes de operar se habia sospechado la formacion del pus intrarticular: la traccion á que estaba sometido nada influyó para detener el aumento del foco, pues habia tal cantidad de supuracion, que de no haber ejecutado la reseccion, léjos de reabsorberse habría salido al exterior. Aprovechemos de la extension continua lo que sin exajerar puede darnos, y pongamos límite á un método que, no por generalizarlo, nos veamos obligados á reprocharle lo que no debe.

La extension continua es un medio que puede indicarnos la necesidad de la reseccion. Esta proposicion es fácil

de demostrarse, pues si se llega cerca de un enfermo afectado de coxo-tuberculósis y su estado general es regular, y el local se caracteriza solamente por dolor, contracturas musculares, abultamiento de la region enferma y frotamientos articulares, se recurrirá á la extension desde el momento que nada hay que autorice á emprender un tratamiento, como la reseccion, por ejemplo, que pudiera ser de resultados funestos, pues sus peligros no estarian equilibrados con los beneficios que procurara. Pero si despues de algunos meses de traccion por medio de pesos, el estado general se desmejora, si la temperatura axilar sigue la curva típica de la formacion de pus, si, en una palabra, la afeccion local principia á tener eco en el estado general y demuestra su adelanto por un dolor más notable, por contracturas más apreciables, por un hinchamiento más considerable de la region coxo-femoral, y por último, se percibe hasta fluctuacion profunda, no insistiriamos ya con el tratamiento conservador, que traeria consecuencias tales, que al cabo de cierto tiempo pondrian al paciente en malas condiciones para ejecutar con éxito la reseccion, cuyos resultados están en razon directa del estado local y general del enfermo. El cuadro que acabo de pintar se presenta todos los dias en la práctica; así, en la observacion número 4 lo vemos reproducido: la extension fué infructuosa; la agravacion de la enfermedad y el ningun alivio obtenido por el método conservador, hablaban claramente acerca de la necesidad de proceder á la reseccion. Como este caso pudiera citar otros más, pero basta uno para hacer palpable cómo la extension continua sostenida algun tiempo sin resultado favorable, indica el único camino que debe seguirse en un caso así: la reseccion.

Se dirá que siguiendo la conducta que acabo de describir se anda á ciegas, se trata á los enfermos de cierta manera empírica; pero, por desgracia, miéntras no contemos con un acopio de síntomas tales que dado un caso nos indiquen si hemos de adoptar la extension contínua ó la reseccion, hay que anteponer, miéntras tanto, la prudencia al valor quirúrgico mal entendido, y decidirse á adoptar un tratamiento que no perjudica y que él mismo nos ha de mostrar con su ineficacia la urgencia de la operacion.

Terminado el estudio de los efectos de la extension continua y de la utilidad que de una manera general se puede sacar de ellos, voy á ocuparme del modo con que este método se ha aplicado y de su manual operatorio.

Dos son las maneras cómo se ha aplicado la extension continua: ó con aparatos ingeniosamente dispuestos para permitir la marcha, ó estando los enfermos en el decúbito dorsal. Con el primer procedimiento se suprime una de las más indispensables condiciones que deben tenerse presentes en el tratamiento de las artrítis en general, y muy especialmente en la coxo-tuberculósis: la inmovilidad de las superficies articulares. Por bien construidos que sean los aparatos que se usen, permiten siempre algunos desalojamientos de las superficies; de ahí que su empleo quede reducido á la convalecencia de los sujetos que han sido tratados, bien sea por la extension continua en el decúbito dorsal, ó que hayan sufrido la reseccion.

Respecto de la segunda manera para aplicar la extension, traccion por medio de pesos sobre un mienbro extendido y guardando el enfermo el decúbito dorsal, llena completamente los fines que se desean.

La manera más sencilla, y como tal la mas práctica pa-

ra colocar el aparato, es la siguiente: Se cloroformiza al enfermo con objeto de hacer inmediatamente el enderezamiento y correccion de la posicion viciosa, procedimento mejor que dejar que la extension la efectúe ella sola lentamente. Se reprocha á este modo de obrar que además de ser un poco brusco, despierta cierto grado de inflamacion aguda en la articulacion; en nueve ó diez casos que he tenido oportunidad de verlo aplicar, sólo he observado que queda adolorida la articulacion, y dos ó tres dias se eleva la temperatura entre 38° y 38°5; fuera de estos pequeños accidentes, no se ha producido cosa más notable. Así es que el inconveniente es bien ligero ante la ventaja de obtener inmediatamente el enderezamiento y correccion de la posicion, asegurada y mantenida más tarde con los pesos extensivos. Cuando existe una pequeña flexion del muslo sobre la pélvis en relacion con un grado igual de contractura muscular, como al fin del primer período, por ejemplo, no hay necesidad de hacer maniobra de enderezamiento, y basta, sin anestesia, colocar desde luego la traccion.

Se corta una tira de tela emplástica de 4 á 7 centímetros de ancho, en relacion con el espesor del miembro que se va á tratar y de una longitud tal, que á partir de la union del tercio medio con el superior del fémur, se pueda formar con ella una asa que abrace el miembro en toda su longitud, dejando en la parte inferior un estribo destinado á suspender el peso extensivo. Se calienta esta tira en una lámpara de alcohol hasta que comienza á reblandecerse el emplasto, evitando pasar la flama de la lámpara por la parte media destinada al estribo; se pega luego á los lados del miembro, teniendo cuidado que sus extremos queden al nivel del punto de partida ántes citado; se pasa la mano varias veces

sobre ella con la mira de que se adhiera bien y no forme arrugas que escorian la piel. Se cortan otras cuatro tiras que van á servir para formar anillos destinados á sujetar la tela longitudinal; su anchura debe ser, poco más ó ménos, como ésta, y su longitud calculada de tal manera, que puedan dar vuelta y media á la circunferencia del miembro en los lugares donde se aplican, y son: en la union del tercio medio con el superior del muslo; en la parte inferior de éste, inmediatamente arriba de los cóndilos; en la parte superior de la pierna, inmediatamente abajo de la rotura; y por último, en la parte inferior de ésta arriba de los maleolos.

Las telas emplásticas trasversales, sobre todo la colocada en la parte inferior de la pierna, producen con el tiempo ulceraciones cuyo punto de partida es una especie de cortadura producida por el borde endurecido de las mencionadas telas; así se explica por qué en la inferior es donde más frecuentemente se observa tal accidente, pues como queda libre el pié, ejecuta movimientos de flexion y extension que facilitan la presion que ejerce el borde endurecido de la tira sobre la piel. Estas ulceraciones son dolorosas y obligan á suspender el tratamiento emprendido, cosa desagradable que puede hacer perder lo que hasta entónces se hubiera ganado con la traccion.

Fijándome en el mecanismo de produccion de las ulceraciones, y habiendo palpado los perjuicios que ocasionan, que pueden, como acabo de decirlo, hacer retroceder en el camino andado, se me ocurrió que, sustituyendo los anillos de tela emplástica por otros de alguna tela que sin tener la consistencia de la emplástica desempeñara igual papel en la confeccion del aparato, se obtendria séria ventaja. En dos aparatos que apliqué despues de tener esta idea, en

lugar de tela emplástica corté tiras de gasa del mismo ancho que las otras, las impregné de colodion y las coloqué en los lugares en que he dicho ya deben ponerse los anillos de tela emplástica. Pasados dos meses tenia el gusto de ver prácticamente lo que en teoría se me ocurrió, pues los anillos de gasa colodionada habian desempeñado el mismo papel que los de tela emplástica, sin que sus bordes tuviesen la dureza de éstos: como prueba irrefutable de esta asercion, no encontraba ni una ligera escoriacion en el momento de quitar los aparatos.

En la "Gaceta de los Hospitales de Paris" leí una modificacion al aparato de tela emplástica que he descrito. Consiste en dividir las tiras longitudinales en tres partes, de tal manera, que se tengan seis en lugar de dos, y colocarlas en espiral á lo largo del miembro; por último, se pone en la base del estribo una varita de madera de un tamaño mayor que el ancho de la planta del pié, con objeto de que haciendo separar las telas de la superficie de los maleolos, se evite la compresion, que pudiera ser, y es muy á menudo, fuente de ulceracion. Esta última idea es digna de tomarse en consideracion, pues es cierto que poniéndose en práctica se evita la compresion de los maleolos; no puede decirse lo mismo respecto á que se obtengan ventajas en dividir las dos telas longitudinales en tres partes y pegarlas de tal modo que formen espiral, pues un solo aparato he visto aplicar siguiendo este consejo, y notamos que las ulceraciones de la piel se produjeron con cierta facilidad, lo que se comprende bien puesto que siendo la causa principal del accidente los bordes endurecidos de las telas, al encontrarse multiplicadas éste se producirá con mayor facilidad.

Una vez pegadas las telas del aparato extensivo, se co-

loca al sujeto en una canal de Bonnet apropiada á su tamaño y perfectamente acolchonada, se asegura convenientemente cada uno de los miembros inferiores con un buen vendaje, con objeto de inmovilizarlos mejor en la canal. Este detalle es de indispensable aplicacion en los niños que, inquietos por naturaleza, si sienten libre el miembro lo mueven con perjuicio de la articulacion enferma. El peso que va á efectuar la extension será de 1,000 á 2,000 gramos: se sujetará por medio de un cordel que pasando préviamente por una polea irá á fijarse á la parte media de la base del estribo. El peso es fuerza suficiente para ejecutar la extension; mas para obtener la separacion de las superficies articulares se necesita la contra-extension. El medio más sencillo de efectuarla es formar con la canal un plano inclinado, con objeto de que el peso mismo del cuerpo sea la fuerza contra-extensiva que se aumentará ó disminuirá á voluntad haciendo más ó ménos inclinado el plano. Para formarlo se hará soportar la canal por bancos de desigual altura, más alto el que se coloque en los piés que el de la cabeza; con esta disposicion se facilita el aseo del aparato y del enfermo y su traslacion de un lugar á otro.

III

Tratamiento de la coxo-tuberculósis en el segundo período.

Para instituir el tratamiento de la coxo-tuberculósis en la segunda fase de su evolucion, hay que atender á las variadas situaciones en que pueden estar colocados los enfermos; sin embargo, de una manera general, tres son los ca-

sos que se presentan al práctico, siendo para cada uno de ellos distintas las indicaciones que hay que llenar. En el primero, las lesiones han revestido la forma llamada seca, y no existe el menor indicio de supuracion; en el segundo, se demuestra ésta claramente porque se ve salir de una fístula que comunica con la articulacion, porque se forma un absceso frio que, aumentando diariamente, nos revela su punto de partida en las lesiones articulares ó porque los signos locales y generales nos hacen creer en la presencia del pus intrarticular. Hay casos en que es muy difícil decidir, áun despues de abierto, un absceso frio, si tiene su orígen en la afeccion articular ó se ha desarrollado in situ y simplemente complica la enfermedad principal, mas como una situacion así se presta á consideraciones especiales respecto de la conducta que conviene seguir, constituye el tercer caso que puede presentarse en el segundo período. Las diferencias terapeúticas en estas tres circunstancias son de parte de los medios quirúrgicos, pues los recursos médicos son los mismos en todas ellas.

Al ocuparme en el tratamiento médico del primer período, decia que la idea que se debia tener presente era modificar el terreno que pudiera ser fecundo para el gérmen tuberculoso; las mismas palabras tenemos que repetir aquí al hablar de los recursos médicos é higiénicos que conviene ordenar en el segundo período. Sostener las fuerzas de los enfermos por los tónicos y excitantes de la nutricion, sujetarlos á un régimen higiénico bien dirigido en relacion con el estado que guarden con su afeccion articular, es la conducta que debe seguirse; ahora bien, si el organismo léjos de mejorarse se pone en peor estado, si la anemia se pronuncia más y todas las funciones languidecen, no es

nada remota la probabilidad de la tuberculósis generalizada; y la enfermedad que por su localizacion á una articulacion parecia compatible con muchos años de existencia, termina, al generalizarse, con toda esperanza de curacion.

En los niños es verdaderamente conmovedor ver que el bacílus tuberculoso, el dia que ménos se espera, trasporta sus dominios al cerebro con la menor causa que debilita su organismo, arrancándoles en corto tiempo una vida llena de sufrimientos por la afeccion articular, pero al fin vida. La clinica nos proporciona pruebas de lo que acabo de anunciar demostrando cuán indispensable es el tratamiento tónico y reparador en los afectados de tuberculósis articular. La enfermita de la observacion número 6 nos muestra la facilidad con que la tuberculósis estalla en el cerebro y en otras vísceras al momento que el organismo se debilita por cualquier motivo; en el caso á que me refiero, al mal estado general anterior se unió como poderoso factor la pérdida de sangre que hubo durante la reseccion coxo-femoral de que fué objeto. Como este hecho tengo todavía muy presente el recuerdo de un niño llamado Estéban Ramirez, que afectado de Mal de Pott tuberculoso, fué atacado, el dia que ménos se esperaba, de meningo-encefalítis de la misma naturaleza. La causa que motivó la infeccion cerebral fué, en mi humilde concepto, la falta de condiciones higiénicas apropiadas al estado que guardaba, pues en el Hospital de Infancia, que era donde estaba, no se le podian procurar como era debido, vista la organizacion imperfecta de estos establecimientos, en los cuales falta mucho para que el médico pueda ordenar y poner en práctica los preceptos higiénicos más convenientes á los enfermos tuberculosos.

Las digresiones en que he entrado hacen palpable la utilidad de un tratamiento médico é higiénico que, teniendo por mira la conservacion de las fuerzas del enfermo, evite la infeccion tuberculosa general.

El tratamiento local de la coxo-tuberculósis en el segundo período que revista la forma seca ó que no presente hasta esa época señales de supuracion, es esencialmente conservador y constituido por el enderezamiento y correccion de la posicion viciosa, seguido de inmovilizacion de la articulacion y extension continua por medio de pesos. Al recordar los síntomas y lesiones principales de la enfermedad en este período, verémos la justicia que encierra este modo de obrar, anticipando desde ahora que es factible del mismo reproche que á propósito del tratamiento del primer período le hicimos al reposo: no son todos los recursos conservadores medios específicos cuyo empleo esté justificado por la nocion patogénica de la afeccion articular, considerada en la actualidad como parasitaria; pero ante los hechos clínicos poco valen las teorías, y miéntras no tengamos una explicacion que llene el vacío que deploramos, bástenos saber que la extension continua es susceptible de detener la marcha de la coxo-tuberculósis.

Los fenómenos principalmente observados en el caso cuyo tratamiento venimos estudiando son: dolor expontáneo y provocado, más intenso que en el primer período, puesto que su intensidad está en razon directa del adelanto de las lesiones, posicion del miembro en flexion, abduccion y rotacion hácia afuera, debida, segun Hunter, á la contractura muscular, opinion que estando de acuerdo con la enseñanza clínica ha sido adoptada por Labbé, Verneuil y Maissonneuve; acompañan á estos síntomas la ulceracion y

destruccion, cada vez más adelantada, de las superficies articulares por la mutua compresion á que están sujetas.

Siendo debido el dolor á la irritacion nerviosa causada por el desarrollo de focos inflamatorios y á la compresion recíproca de las superficies articulares, la inmovilidad y extension continua vienen á corregir los dos fenómenos obrando sobre sus causas. Con la inmovilidad se procuran las menores probabilidades de la continuacion de los focos inflamatorios existentes y de la creacion de otros nuevos desde el momento que se suprime una de sus causas productoras más importantes, la irritacion funcional. La extension continua, separando las superficies huesosas, evita su compresion mutua y previene el progreso de sus ulceraciones. Vemos, pues, que el método que proponemos da muy bien cuenta de sus resultados prácticos, tan patentes en la enferma de la observacion núm. 2, en donde desapareció claramente el dolor expontáneo y provocado á la presion de la articulacion enferma.

La posicion viciosa es perfectamente corregida con el enderezamiento inmediato hecho bajo el sueño anestésico, manteniéndose muy bien la extension del miembro con la traccion continua que le sigue. En la observacion ántes citada se obtuvo este resultado, que era de esperarse desde el momento que siendo en gran parte la posicion viciosa efecto de la contractura muscular, al conseguirse la desaparicion de la causa terminará tambien el efecto.

El modo más á propósito para efectuar el enderezamiento y correccion de la posicion viciosa es, segun el método de Bonnet, en una sola sesion; nunca he observado que con esta maniobra se produzca accidente notable. Se le reprocha que puede despertar un acceso inflamatorio en la articula-

cion: suponiendo que el hecho fuera constante en producirse, seria una sola vez y no varias, como pasaria si se hiciera la correccion en diversas sesiones; además, si existen ligeras bridas intrarticulares, al romperse en una sola vez permiten que la separacion de las superficies articulares por la extension continua sea más rápida en sus resultados. Hay un caso para el cual no conviene seguir la conducta del ilustre cirujano de Lyon, ó al ménos se debe ser muy precavido en el empleo de su método, y es, cuando existen bridas fibrosas intrarticulares de tal manera resistentes, que impidan llevar el miembro á plena extension, bajo pena de exponerse á fracturar la cabeza femoral, cuyo tejido, frágil por las alteraciones de que es objeto, puede romperse con suma facilidad. En tal situacion, la prudencia aconseja detenerse en justos límites, que al tacto del cirujano está dado apreciar convenientemente, conformándose con la correccion que se haya podido obtener en una sola sesion y aplicando luego la extension continua, que es muy probable que termine la maniobra que al cirujano se le dificultó. En las veces que he visto aplicar el método de Bonnet, jamás ha sido infructuoso el enderezamiento y correccion intentados con una fuerza moderada para poner el miembro en plena extension; sin embargo, las circustancias que he relatado pueden encontrarse, y es entónces que se seguirá la conducta señalada como más prudente.

Corregida la posicion viciosa y colocadas las telas que han de formar el aparato conforme á las reglas de que he hablado ya, se colocará el peso extensivo, que por regla general será en este caso de 1,000 á 1,500 gramos, aumentándose á medida que se avance en la curacion. La guia para saber cuál debe ser el peso porque se principie

y hasta dónde deberá aumentarse despues, nos la suministra el mismo enfermo, que indicará cuándo se siente molesto con la traccion á que está sujeto y cuándo es tan adecuada que léjos de ocasionarle sufrimientos se los evita. ¿Cuánto tiempo se prolongará la extension continua para obtener la curacion de la coxo-tuberculósis en el segundo período? La resolucion de esta cuestion no puede darse con exactitud matemática, por la variedad de circunstancias que hay de un enfermo á otro: el exámen detenido de la marcha seguida por la enfermedad y el estado á que haya llegado, ilustrarán mejor que cualquiera otra cosa para saber si es tiempo de suspender la traccion ó de continuarla todavia. Se tendrá por curado el enfermo que sujeto á la extension continua durante algun tiempo se halle al momento que se examina en las siguientes condiciones: estado general sin alteracion apreciable; ausencia de la menor elevacion térmica por las noches; nada de dolor expontáneo en la articulacion, ni provocado por la presion; los movimientos voluntarios y comunicados; el peso del cuerpo deberá ser soportado sin molestia, ni en la estacion vertical ni durante la marcha; la extension de los movimientos articulares tiene que ser limitada, áun supuesto el caso más feliz, pues nunca podrán presentar la amplitud de los de una articulacion que ha estado siempre sana, desde el momento que las lesiones de la coxo-tuberculósis dejan por huella, aquí una brida fibrosa, allá un engrosamiento de la sinovial ó de los cartílagos diartrodiales, circunstancias todas que forzosamente influyen para la limitacion de los movimientos.

El cuadro que antecede seria el ideal de una perfecta curacion: mas cuantas veces la anquílosis será la termina-

cion á que conduzca la extension continua. Pero áun esto seria un éxito, pues ¿qué importa un miémbro rígido ante los desórdenes verdaderamente espantosos de la coxo-tuberculósis, que evoluciona sin tropiezo hasta llevar á los enfermos al borde de una tumba inevitable? El tiempo que los autores europeos asignan como necesario para obtener una curacion completa por la extension continua es bastante largo; á esto es debido que no me haya sido posible recoger una sola observacion en que se haya llegado á tan brillante resultado. El único caso que habla más en favor de todo lo que puede esperarse del método en cuestion, es el que refiero bajo el número 2 de mis observaciones, pues en vista del estado que guardaba la niña al dejar el hospital, se podria, sin aventurarse mucho, augurar un éxito completo con unos cuantos meses de perseverar en el tratamiento que se le habia impuesto.

En resúmen, en el segundo período de la coxo-tuberculósis que no presenta señales de supuracion, el mejor tratamiento que debe seguirse es la extension contínua, pues siendo este método esencialmente conservador y no comprometiendo de ninguna manera la vida de los enfermos y mucho ménos agravando el estado de la articulacion debe con entera preferencia emplearse ántes que la reseccion, que por más que se ejecute con todas las precauciones aconsejadas, puede poner en peligro la existencia que no se halla directa é inmediatamente amenazada por la enfermedad que se trata de remediar; obrando así cumplimos fielmente con el precepto, muy sano, que quiere que siempre que no peligre la vida de un individuo cuya afeccion articular está tratándose por un medio conservador, razonado y justo, se persevere con él ántes que pensar en la reseccion, pues

si con esta operacion se quita de raíz el mal, su eficacia está caramente compensada con los peligros que la acompañan; así es que en el caso presente se antepondrá la cirugía conservadora á la destructora. Si fuera posible en el estado actual de nuestros conocimientos definir con datos clínicos ciertos cuándo la coxo-tuberculósis revestirá la forma seca y no supurará, y cuándo á pesar de nuestros cuidados las lesiones terminarán al fin por la produccion de pus, no cabrian dudas para la conducta terapeútica que se debia observar: en el primer caso, se apelaria á la extension continua: en el segundo, á la reseccion. Pero como tal distincion, si se intenta ya trazar en la anatomía patológica, no se tiene aún en la clínica, tenemos por prudencia que abstenernos de operar, en tanto que no veamos claro en lo que todavia encontramos oscuro y confuso.

El segundo caso que vamos á procurar estudiar en el tratamiento del segundo período de la coxo-tuberculósis, es cuando avanzando esta afeccion en sus lesiones llega á producir la supuracion intrarticular. Sorprender el momento en que principia esta fase de la enfermedad, saber en dónde se sitúan las lesiones que son orígen del foco purulento, es casi imposible resolverlo: lo que únicamente puede afirmarse es su existencia, comprendiendo con esta idea el caso en que se halle en el espesor mismo de la epífisis del fémur. Los síntomas que pueden darnos la conviccion de esta situacion son: persistencia y aun aumento del dolor, que la extension é inmovilizacion no bastan á dominar; abultamiento más notable de la region coxo-femoral; aparicion de un estado febril intermitente ó ligeramente remitente, pues la temperatura axilar, que era normal hasta entónces, comienza á elevarse en las noches á 38° y 39°,

para descender en las mañanas á 37° y 38°: por último, enflaquecimento del enfermo, cada dia mayor. Para el clínico que ha seguido la marcha de la enfermedad, el conjunto de datos referidos pueden inducirlo á creer en la existencia del pus, advirtiendo que todos ellos son de probabilidad, pues alguno evidente, como la fluctuacion, que tanta importancia posee en el diagnóstico de las colecciones purulentas, no es de aplicarse aquí.

Sospechada la presencia del pus dentro de la articulacion, importa poco, desde el punto de vista del tratamiento y para la indicacion que deba llenarse, averiguar su punto de partida; el hecho de su existencia es lo indispensable para fundar la indicacion terapeútica, pues él nos anuncia que el grado de las alteraciones patológicas es demasiado adelantado y que somos obligados á pensar si continuamos el tratamiento conservador contemporizando con el nuevo y peligroso huésped, ó nos resolvemos á practicar la reseccion coxo-femoral que, más séria que la expectacion, es, sin embargo, el recurso seguro.

El pus da una prueba del adelanto de las lesiones, pues en la tuberculósis de la articulacion coxo-femoral generalmente no se presenta cuando éstas son poco importantes; tenemos, pues, allí una primera cuestion averiguada: las alteraciones articulares son considerables. Tal idea se acompaña, como natural consecuencia, de esta otra: debemos pensar en otro tratamiento de la afeccion que el que empleáramos cuando no habia supuracion. El pus seguirá aumentándose puesto que obrando como cuerpo extraño irrita y provoca la formacion de nuevas cantidades en relacion directa de las alteraciones articulares. No se limita á esto sólo su accion, sino que al absorberse comienza la

afeccion local á tener eco en el estado general del enfermo; la calentura nocturna agota y debilita las fuerzas, la diarrea viene luego á añadir su contingente, ocasionada primero por la eliminacion que efectúa el organismo de un producto que no le pertenece, y más tarde, por la tuberculósis intestinal y mesentérica que, como varias veces lo he observado y es natural pensarlo, se desarrolla allí desde el momento que el bacílus encuentra terreno apropiado. Lo que antecede no es, por cierto, ficcion de la imaginacion; es el reflejo de la realidad: todos los dias se ven ejemplos de esta naturaleza cuando el cirujano temeroso de un mal éxito ó por no comprometer su reputacion se exime de emprender la reseccion, teniendo, sin embargo, la conciencia bastante elástica para cruzarse de brazos y ver llegar la muerte lentamente cuando debia, armándose de valor, haber empuñado el bisturí y adelantarse á ejecutar lo que la enfermedad le pedia á gritos y lo que la sábia naturaleza le estaba indicando; pues ella abandonada á sus propios y únicos esfuerzos llega á realizar la operacion, sólo que el procedimiento que emplea es tan lento, que casi siempre ántes de completarse la obra termina la vida del enfermo. En efecto, es curioso observar cómo la coxo-tuberculósis que ha quedado fuera del dominio quirúrgico llega á producir tales desórdenes, que á la autopsía no se halla la cabeza del fémur y la cavidad cotilóidea está más ó ménos destruida. ¿No es ésta una reseccion? ¿No es esto lo que el cirujano con tino y habilidad debia haber hecho cuando las fuerzas del enfermo le auguraban un buen resultado, y cuando acabando por completo con la enfermedad hubiera dejado un miembro acortado, pero útil, y sobre todo se habria salvado una vida que la expectacion mejor condu-

cida sólo hubiera conservado temporalmente en medio de crueles sufrimientos?

En el Hospital de Infancia he visto practicar al Señor Doctor Francisco Hurtado cinco resecciones coxo-femorales, cuyo resultado es como sigue: dos inéxitos, dos éxitos completos y uno incompleto.

Los dos inéxitos han sido en casos en que la supuracion databa de mucho tiempo, y por consiguiente, en los cuales las alteraciones articulares estaban muy adelantadas. Uno de ellos cuya historia no refiero en las observaciones, fué el de un niño llamado Calixto Sanchez, de ocho años de edad, y en el que las alteraciones huesosas y capsulares habian llegado á su máximum. El estado general del enfermito era de lo peor, sumamente debilitadas las fuerzas de su organismo, que mucho tiempo llevaba de sufrir la influencia de una fiebre sintomática de la supuracion que encontrando pequeña la cavidad articular, formaba un gran foco en la cara anterior del muslo. Se le practicó la reseccion, y ocho dias despues aquel organismo, ya ántes tan arruinado, sucumbió en colápsus álgido que fué preparado por varios factores: el agotamiento anterior del enfermo, el choque de la operacion y el indispensable sufrimiento de las primeras curaciones, que son muy dolorosas, esta serie de causas fueron bastantes para explicar el final desagradable de la reseccion coxo-femoral. El otro inéxito es el que he querido detallar en la observacion número 6. Como se ve, por consideraciones análogas á las del anterior, el resultado fué fatal.

En cuanto á los dos éxitos completos, uno de ellos es el que relato en la observacion número 5. En este caso, las alteraciones no eran muy adelantadas, se contaba con un

estado general en regulares condiciones, puesto que no era todavia eco de la afeccion local: el resultado fué feliz. El otro éxito se ha obtenido en un niño, llamado Pedro Locara, de 11 años de edad, y que afectado de coxo-tuberculósis del lado izquierdo, hacia poco tiempo se habia complicado de luxacion iliaca y comenzaba á formarse una coleccion purulenta en la cara ántero-externa del muslo, sintomática de las lesiones articulares. Como estos accidentes que complicaban la afeccion databan de poco tiempo, el estado general era regular. A pesar de no estar la enfermedad en el momento más oportuno para tratarse por la reseccion, se obtuvo resultado satisfactorio.

El éxito que llamo incompleto se ha obtenido en un niño que, atacado de coxo-tuberculósis en el segundo período, estuvo sujeto al tratamiento conservador por la extension continua. Habiéndose sospechado la presencia del pus un mes ántes de efectuar la operacion, bastó dejar pasar este tiempo para que al ejecutarla, además de encontrarse mucha supuracion en la articulacion, se tuviera que hacer la seccion del fémur casi hasta el el tercio medio, pues que hasta allí se extendian las lesiones; el periostio se hallaba tan profundamente alterado que no quedó señal de él por haber sido necesario quitarlo; así es que la brecha dejada por la operacion era tal, que no habia probabilidades de que se reparara sin exponer la vida del enfermo. Ante esta situacion y despues de esperar dos meses para conseguir se cubriera de yemas la cavidad cotilóidea, se pensó en amputar el miembro ya que su conservacion era imposible.

Analizando los cinco casos que acabo de relatar, se tiene la prueba más convincente de la razon que me sirve de apoyo en la idea que he emitido acerca de la necesidad de efec-

tuar la reseccion coxo-femoral tan pronto como se inicie la supuracion, sea que la afeccion esté en el segundo período, ó que se encuentre en época mas avanzada. La extension continua, como cualquiera otro medio conservador, fracasaria siempre en este caso, pues no posee en sus efectos uno solo que tenga por objeto hacer desaparecer el pus que se ha formado y que fatalmente continuará aumentando: así es que los que creen que aun en esta situacion la extension continua es capaz de favorecer la reabsorcion del pus primero y llevar á cabo más tarde la curacion de las lesiones, al someter á sus enfermos á este método con la esperanza de realizar su ideal, no dudo llegarán á curarlos radicalmente conduciéndolos con mano segura à la plancha del anfiteatro, en donde la miseria y marasmo del cadáver, cuyos órganos estarán sembrados de tubérculos, les hablarán elocuentemente del error cometido por la mala aplicacion de un método de indicaciones limitadas y muy en favor de una operacion que, practicada á buen tiempo, tiene muchas probabilidades de éxito. No es de dudarse que un foco purulento, cuando es pequeño y no posee una fuente que lo aumente sin cesar, sufra la trasformacion grasosa, se reabsorba siendo tomado por el torrente circulatorio y llegue á desaparecer: las autopsías lo han comprobado así en los abscesos de hígado que se han tratado por la puncion, pues por bien ejecutada que sea ésta, deja siempre una pequeña cantidad de pus que se agota por ese mecanismo. En los focos de pus de la coxo-tuberculósis, las condiciones que parecen necesarias para la reabsorcion son precisamente las contrarias: en primer lugar, cuando se diagnostican es porque son ya bastante considerables desde el momento que el clínico más experto no

llegará á descubrirlos cuando son muy pequeños; así es que cuando se interviene en la coxo-tuberculósis supurada, la coleccion de pus tiene tal dimension, que no es posible esperar su desaparicion; en segundc lugar, la fuente productora del pus no deja de existır, puesto que siendo tan variadas en la coxo-tuberculósis, si desaparece una la sustituyen luego otras más.

La necesidad y ventaja de proceder á la reseccion en caso de supuracion intrarticular, mejor que continuar con un tratamiento conservador se haria más evidente si tuviéramos una estadística que nos demostrara la mortalidad de las coxo-tuberculósis tratadas por uno y otro método cuando se ha operado y cuando se ha quedado limitado al uso de aparatos más ó ménos bien pensados. Un trabajo de esta especie no lo poseemos, pero los hechos aislados tambien enseñan mucho; así, á los casos de reseccion que he referido ántes y en los que se ha tenido feliz éxito gracias á lo poco adelantado de las lesiones, puede añadirse este otro que obtuvo con bastante buen resultado mi maestro el distinguido cirujano Dr. E. Licéaga: se trata de una niña, Elena Peña, que fué resecada de la articulacion coxo-femoral cuando todavia no presentaba ni indicios de supuracion la coxo-tuberculósis de que estaba afectada; el final, como era de esperarse, ha sido satisfactorio y viene á confirmar una vez más la idea que acerca de la oportunidad de la reseccion vengo discutiendo.

Se ha recomendado que cuando se sospeche la presencia del pus intrarticular ántes de resecar se abra ámpliamente la articulacion, se desinfecte el foco, se raspen con la gubia las superficies huesosas alteradas y se canalice la herida. Este modo de proceder debe ser, en mi concepto, consi-

derado como un traumatismo casi tan grave como la reseccion, presentando muchos inconvenientes. Desde luego no puede tenerse la seguridad de haber atacado todo lo enfermo, pues es muy posible que las lesiones estén muy avanzadas en el interior de la epífisis del fémur y que una delgada lámina huesosa las oculte al grado que parezca limitarse la alteracion á una corta superficie, la que se aprecia al abrir la cápsula articular; por otra parte, en la coxo-tuberculósis se encuentran alteraciones, no sólo del lado del fémur, sino tambien en la cavidad cotilóidea, y éstas últimas no podrán descubrirse y atacarse sino luxando y quitando la cabeza del fémur, cosa que se obtiene con la reseccion; entónces sí es posible escudriñar hasta la última de las alteraciones tuberculosas cualquiera que sea su sitio. La única ventaja que se descubre en el modo de proceder ántes citado es, que si por alguna remota probabilidad se obtiene la curacion, se efectúa ésta sin acortamiento notable del miembro, como necesariamente lo trae la reseccion; mas tal ventaja está caramente comprada con todos los peligros de una supuracion que, al prolongarse, puede acabar con las fuerzas del enfermo.

Vemos, pues, que en la coxo-tuberculósis supurada no es de aceptarse otra idea como tratamiento más que la reseccion. Vienen en apoyo de esta conducta las estadísticas extranjeras que, con el indestructible argumento de los números, nos demuestran la diferencia que existe en la mortalidad habida en los enfermos operados cuando se inicia la supuracion y las lesiones, por consiguiente, no son muy grandes, y cuando se efectúa la operacion con vastas supuraciones en relacion con lesiones muy adelantadas. El valeroso cirujano aleman R. Volkmann, en cuarenta y ocho

resecciones practicadas de 1873 á 1877, no ha tenido más que cuatro muertos, es decir, un 8,33%: tan brillante resultado es debido á que la mayor parte de sus operados lo fueron cuando se iniciaba la supuracion y el organismo tenia todavia la resistencia suficiente para reparar la brecha causada por la operacion. E. Bæckel, en el Congreso Francés de Cirugía de 1885, presentó una estadística que da una mortalidad de 25%; en cambio, Pooï (de Nueva York) habla de dieziocho resecciones practicadas en época avanzada de las lesiones articulares, y en sus resultados se ven las diferencias tan marcadas con los éxitos de los cirujanos anteriores, pues sólo ha tenido siete curaciones, de las que dos han sido incompletas.

El tercer caso que puede presentarse en el segundo período de la coxo-tuberculósis, es cuando se complica de supuracion extra-articular. Con este accidente hay que modificar el tratamiento generalmente seguido, si no en su esencia, al ménos en algunos detalles, relativos unos al de la afeccion y otros al del accidente.

Las colecciones purulentas á que me refiero son aquellas que presentándose cerca de la articulacion enferma, en una region ya del muslo, ya de la pélvis, pueden por su situacion topográfica hacer nacer la idea de que son sintomáticas de las lesiones articulares, lo que no es fácil averiguar con evidencia hasta el momento que se abren y se explora minuciosamente si existe ó no algun trayecto que conduzca á la articulacion. Así es que la coxo-tuberculósis complicada de abscesos frios extra-articulares se tiene que considerar desde el punto de vista del tratamiento en dos circunstancias: primera, cuando la coleccion purulenta es un simple accidente que ha venido á añadirse á la afeccion

principal sin tener directa relacion con ella, por más que muchas veces sea engendrada por la misma causa patogénica, como sucede en el caso del desarrollo de abscesos tuberculosos del tejido celular; segunda, cuando la coleccion purulenta está en perfecta relacion con las lesiones articulares, porque siendo sintomática de ellas comunica por algun trayecto. A la certidumbre de esta idea pocas veces se llega sin dificultad, pues es muy difícil encontrar y seguir con el estilete estos trayectos, que son algunas veces sumamente tortuosos; pero coloquémonos en la situacion más favorable: se tiene la evidencia que se ha desarrollado in situ la coleccion de pus que diagnosticamos y cuyo tratamiento nos preocupa. El método á que está sujeta la afeccion articular y que debe ser la extension continua, no se suspenderá ni se cambiará por otro desde el momento que la coxo-tuberculósis no ha producido supuracion; en cuanto al absceso, el cirujano lo considerará como desarrollado en cualquiera otro individuo que no estuviera atacado de coxo-tuberculósis; sólo que en el caso presente el interés por obtener una pronta curacion debe ser mayor, puesto que de evitar las causas de consuncion y debilitamiento depende en gran parte el éxito de la afeccion articular.

En el caso que vengo estudiando se nota una de las ventajas proporcionadas por el aparato de extension ántes descrito en comparacion con los inamovibles de dextrina ó yeso, las telas emplásticas, el peso y la canal de Bonnet que lo forman no son obstáculos para hacer las curaciones requeridas por el absceso. En efecto, para efectuarlas bastaria suspender la extension durante el tiempo que tardan en ejecutarse. Así es que se quita el peso extensivo, se trasporta con cuidado el enfermo de la canal á la mesa

de curaciones, y terminadas éstas, se coloca otra vez en su canal, continuándose el método á que está sujeto por la coxo-tuberculósis. Con los aparatos inamovibles no podria hacerse lo mismo; habria que quitarlos miéntras se cicatrizaba el absceso, y esta obligada suspension en el tratamiento quirúrgico de la afeccion articular causaria perjuicios porque se perderia mucho de lo ganado en la via de la curacion.

Desde que se han estudiado las múltiples y variadas lesiones que el bacílus de Kock produce, ya en las articulaciones, ya en los huesos, ya en el tejido celular, ha nacido la preocupacion de los cirujanos sobre el modo mejor de tratar los abscesos frios tuberculosos, y todos han convenido en que la membrana que tapiza sus paredes no sólo es causa de la supuracion, sino tambien fuente constante de infeccion. Tal convencimiento ha originado la bien fundada idea de modificar ó destruir la mencionada membrana, y los medios de que se han valido para obtener el resultado han sido muy variados. No es mi humilde trabajo suficientemente extenso para hacer una revista de ellos; describirlos y someterlos á la crítica no me seria posible hacerlo, primero, porque seria trabajo inútil, y segundo, porque no los he visto poner en práctica y soy completamente ageno á sus resultados. Paso, pues, á exponer el procedimiento que he visto seguir á muchos de nuestros cirujanos y que me parece el más conveniente. Se hace una ámplia incision á la piel, se profundiza capa por capa hasta encontrar el foco, se vacia su contenido, y para quitar la membrana que tapiza sus paredes, se raspan con la cucharilla de Volkmann (si este instrumento no se tiene á la mano los dedos solos pueden bastar), se hacen luego grandes

lavatorios con soluciones antisépticas, tales como ácido fénico al 5%, cloruro de zinc al 8%, sublimado al 1 por 1,000, etc., etc. Con estos lavatorios se consiguen varias cosas: arrastrar los detrítus que se hallen, modificar las cualidades infecciosas de algunos restos de membrana escapados á la accion de nuestra cucharilla, que siendo ciega en sus labores, nada más sencillo que deje sin atacar algunos puntos, por cuya razon al usarla conviene acompañarla de repetidas exploraciones con los dedos; por último, siendo los citados lavatorios excelentes hemostáticos, vienen perfectamente adecuados en estos casos para cohibir la hemorragia en nape que algunas veces se presenta.

Terminada la asepcia y hemostasia del foco, viene la cuestion de si conviene ó no suturar los labios de la incision. En teoria se optaria por la afirmativa, pues es de suponerse que quitada la causa de la supuracion y rodeados al ejecutar la operacion de todos los auxilios recomendados por Líster, debería suturarse, porque habria motivo para esperar una curacion por primera intencion, con todas sus magníficas consecuencias en favor de los enfermos, á quienes se les ahorrarian los gastos penosos de la supuracion prolongada, los peligros que con ella se atraviesan y que deben evitarse con mayor ahinco en los individuos que son objeto de este estudio: la práctica, por desgracia, demuestra lo contrario de las bellas concepciones de tan halagadora teoría.

En el consultorio gratuito «Eduardo Liceága» he visto al ilustrado director de esa benéfica institucion suturar la incision practicada para la evacuacion del pus en los abscesos frios, colocar en los ángulos pequeños tubos de canalizacion y terminar la operacion aplicando una riguro-

sa curacion listeriana. Nunca se ha obtenido la reunion por primera intencion de las paredes del foco, habiendo habido generalmente necesidad de destruir las suturas porque el pus que á pesar de todo deseo se seguía formando, se aumentaba, se descomponia, por ser insuficientes los tubos de canalizacion para su libre salida; así es que habia que buscársela más ámplia destruyendo los hilos de sutura. Si los labios de la herida se habian reunido en parte, muchas veces hubo que destruir esta cicatrizacion, y entónces se veia aquí un aspecto sucio y como diftérico de las paredes, más allá un despegamiento de los planos celulosos, que no era otra cosa que una via fabricada por el mismo pus para buscar su fácil evacuacion; todas las ventajas que se esperaban se desvanecian por completo, se prolongaban las curaciones y venia el agotamiento de los enfermos.

Ante estos cuadros, más conveniente me parece prescindir de ias suturas, dejar á la vista lo que pueda ocurrir en las paredes del absceso para remediarlo á tiempo; en seguida se tapizará la cavidad con yodoformo en polvo ó en cristales, se llenará con bolas de gasa impregnadas de la misma sustancia, y una curacion listeriana, con un buen empaque algodonado, completarán la operacion. El apósito se renovará cada tres ó cuatro dias siempre que su suciedad, ó mal olor, ó una inexplicada elevacion de tempe·ratura no indiquen la necesidad de quitarla.

Cuando se abre un absceso frio y despues de cuidadosa exploracion se encuentra uno con algun trayecto que conduzca á lesiones articulares que indiquen ser las causas de su produccion, la conducta que debe seguirse como la úni-

ca capaz de curar las alteraciones articulares y su complicacion, es emprender la reseccion coxo-femoral. [1]

Querer continuar el tratamiento conservador, no sólo es inútil, sino que es hasta imprudente; canalizar y desinfectar el foco purulento y seguir contemporizando con la extension continua por miedo á la reseccion, dará siempre funestos resultados en tanto que no se intente el tratamiento radical, el único fundado en razones científicas que vayan de acuerdo con la patogenia de la coxalgía tuberculosa. Se comprende, por supuesto, que la operacion se llevará á cabo siempre que las fuerzas del enfermo lo permitan y que la infeccion tuberculosa no se haya hecho sentir todavía en órganos de la importancia del pulmon, el tubo digestivo y sus anexos, etc. etc; cuando el caso contrario se presente, es mejor atenerse al conocido adagio "*primum non nocere*", decidiéndose á seguir en prudente expectacion la marcha de la enfermedad, acogiendo, aunque por ruda necesidad, la esperanza lejana de una curacion expontánea ayudada y conducida por los medios más á propósito.

En efecto, en tan delicada situacion no debemos abandonar un solo instante la medicacion general, que debe ser esencialmente tónica y reparadora: los medios locales que se pondrán en práctica serán todos aquellos que conduzcan á mantener la articulacion en la inmovilidad y el miembro en la mayor extension que sea posible; los abscesos y fístulas que se formen se desinfectarán y canalizarán lo mejor

1 Las consideraciones que pueden hacerse acerca del tratamiento de este caso de la coxo-tuberculósis en el segundo período, son aplicables tambien cuando en lugar de un absceso se encuentran una ó varias fístulas.

que se pueda asegurando el escurrimiento fácil del pus. Estos son los recursos á que queda reducido el cirujano que no quiera exponerse practicando la reseccion á un fracaso, que de manera alguna seria imputable á la operacion en sí misma, sino más bien á la poca oportunidad de su aplicacion.

Para terminar con lo relativo al tratamiento de la coxo-tuberculósis en el segundo período, voy á ocuparme de una complicacion que es frecuente encontrar y que da lugar á indicaciones especiales, la luxacion patológica. Su existencia nos da idea del progreso de las lesiones en la articulacion: los ligamentos y la cápsula habrán perdido su natural resistencia; la cabeza del fémur, como se ha observado varias ocasiones, estará disminuida de volúmen, por la lenta é irreparable déstruccion de sus capas huesosas; la cavidad cotiloidea, desprovista de su reborde en algunos puntos, facilitará el escape de su contenido. Esta serie de factores, al encontrarse reunidos, son suficientes para producir como resultado la luxacion, que cualquiera que sea el nombre que se le dé en relacion con el sentido en que se haya verificado el desalojamiento, anuncia un solo hecho desde el punto de vista de la conducta que deba seguirse en el tratamiento, y es la imposibilidad de remediar los desórdenes articulares por los medios conservadores y la necesidad de recurrir á la reseccion coxo-femoral. Para fundar la indicacion operatoria poco importa tomar en consideracion que se hayan ó no supurado las lesiones; lo que está pidiéndola es la luxacion, bien sea que al producirse haya habido un motivo insignificante que en el estado normal no la hubiera explicado, ó que haya sido completamente expontánea.

Intentar reducir la luxacion y continuar despues el tratamiento por la extension continua, por ejemplo, es completamente infundado; pues en primer lugar, las maniobras de reduccion podrian fracturar la cabeza del fémur por la fragilidad que ha adquirido su tejido bajo la influencia de las alteraciones tuberculosas; y en segundo lugar, muy difícil seria mantener la reduccion, caso de haberse conseguido, pues las causas que la produjeron, léjos de desaparecer, muy probable es que tomen mayores proporciones. Además, llegando la coxo-tuberculósis á producir desórdenes capaces de traer el desalojamiento de las superficies huesosas, es muy racional pensar en la existencia probable de la supuracion, máxime si se observa la clásica elevacion de temperatura vesperal, pues entónces la existencia del pus casi es indudable; y tomando en cuenta todo lo que he dicho respecto de ella, se tendrá, en mi concepto, un argumento más para emprender la reseccion, que en el caso actual llena el doble papel de curar el accidente y la afeccion que lo ha producido.

IV

Tratamiento del tercer periodo de la coxo-tuberculósis.

En el estudio del tratamiento del último período de la coxo-tuberculósis, que el profesor Lannelongue caracteriza tan bien llamándole período de acortamiento y aduccion, dos casos pueden presentarse que harán variar la conducta del cirujano: cuando la afeccion no presenta el menor indicio de supuracion, y cuando se demuestra claramente la existencia del pus.

Para el primer caso, hay que pensar en el tratamiento conservador. En efecto, en las coxo-tuberculósis de forma seca, como las llama Kœnig, nada justifica la intervencion quirúrgica, ni el estado local es de tal manera importante que no sea susceptible de curarse por la extension continua. ni el estado general se halla amenazado por la infeccion tuberculosa generalizada, bien sabido es que las tuberculósis articulares que no supuran son de las que ménos debe temerse esta complicacion. Así es que, sin abandonar los recursos médicos é higénicos de cuya importancia he hablado ya, se sujetarán los enfermos á la extension continua con muchas probabilidades de éxito. Las reglas para su aplicacion son las mismas que ántes he descrito, teniendo presente que el peso extensivo deberá ser mayor que el empleado en los otros períodos: miéntras allá bastaban de uno y medio á dos kilógramos, aquí se necesitarán de dos á tres. La razon de la diferencia se comprende puesto que la resistencia presentada por los músculos retraidos está en razon directa de la época de las lesiones á medida que son más antiguas, las degeneraciones esclerosas de los músculos se acentúan más, y los obstáculos para el enderezamiento y correccion de la posicion viciosa, como para obtener la separacion de las superficies huesosas, necesitan para vencerse del aumento en el peso extensivo.

Como una prueba de la eficacia del método conservador en esta forma de coxo-tuberculósis, describo en la observacion núm. 3 el estado satisfactorio á que pudo llegar el enfermo.

Para el segundo caso que puede presentarse en el tercer período de la coxo-tuberculósis, la supuracion de las lesiones, hay que tomar en cuenta dos situaciones que cam-

biarán el modo de proceder. La primera se tiene cuando el organismo del enfermo no ha sido presa todavia de la tuberculósis visceral y la supuracion misma no ha alterado ni perturbado en gran parte sus funciones al grado que sea fácil pensar que la reseccion, con todas sus consecuencias, será preferible á la incierta y aventurada esperanza de una expectacion cuidadosa y bien seguida. Fundar este juicio es difícil en muchas ocasiones; de allí, que haya necesidad de rodearse de cuantos datos sean posibles para colocar en la balanza de una decision científica, por una parte, el estado local y general del individuo, y por otra, la gravedad de la operacion, si se ve que obtendriamos mayores ventajas operando que permaneciendo inactivos, se emprenderá luego la reseccion, pues cuántas veces por dudas y vacilaciones se pasa el tiempo, avanza la enfermedad, y lo que hubiera sido un éxito obrando con oportunidad, se cambia en terrible inéxito que nos hace lamentar no haber procedido más temprano.

La cuestion de determinar con matemática exactitud hasta cuándo deba procederse con todo valor y cuándo es mejor continuar en la inaccion, no podria resolverse en un estudio tan general como el presente: el exámen detenido de cada caso, convenientemente apreciado por el tino y saber del cirujano es lo único que puede dar segura guia para la eleccion de la conducta más prudente.

La segunda situacion que puede encontrarse en la coxotuberculósis supurada que atraviesa el tercer período, es cuando á un estado local bastante malo se unen la anemia profunda, el agotamiento y el enflaquecimiento general extremos, la diarrea, fruto de la tuberculósis intestinal ó de la degeneracion amiloidea de los folículos intestinales y

de las placas de Payer, y cuantas veces para completar el cuadro existe una tuberculósis pulmonar más ó ménos adelantada. Con enfermos en estas circunstancias ¿qué se puede hacer en favor del estado local, si todo lo que se intente para remediarlo no hará más que aproximar la muerte, que no está muy lejana.? En efecto, lo único que terminaria con el estado local seria la reseccion, y el cirujano que con un cuadro como el que he bosquejado se atreviera á ejecutarla, mereceria justamente el calificativo de temerario, pues la operacion seria el soplo que apagara la vacilante llama de una lámpara cuyo combustible está próximo á extinguirse; y es entónces que se observaria la tuberculósis generalizada que, se dice, despierta la reseccion y que pone fin irremisiblemente á la vida de los enfermos.

Ya que en las circunstancias que vengo estudiando no es practicable la reseccion sin exponerse á un fracaso, seguiremos el tratamiento conservador aunque sea por necesidad: no se curará el enfermo, pero se aliviarán sus sufrimientos, se prolongarán un poco más los dias de su existencia y el médico habrá cumplido con su mision humanitaria y científica. Así es que, colocados ante un individuo incapaz de resistir á la reseccion, deberémos sujetarlo á un tratamiento médico enérgico, escogiendo entre los medicamentos los tónicos y neurosténicos; los medios higiénicos más convenientes se pondrán en rigurosa práctica, y como tratamiento local, seremos consecuentes con la extension continua que calmará los dolores articulares, y si por una lejana probabilidad se llega á la curacion, el miembro guardará la posision más adecuada. Si existe nna fístula se canalizará y se favorecerá el escurrimiento

de sus productos: si se forma un absceso, se puncionará y se hará una canalizacion conveniente aplicando en seguida una curacion antiséptica que se renovará diariamente si la abundancia de la supuracion así lo requiere. Estos son los únicos recursos que hay que tocar en situaciones tan desesperantes.

Desde que he estudiado el tratamiento de la coxo-tuberculósis en el segundo período, vengo hablando de la reseccion coxo-femoral sin describir su manual operatorio: de intento lo habia hecho con objeto de cerrar este mal escrito trabajo con la descripcion de la operacion y las curaciones que le son consecutivas. Debo advertir que las consideraciones hechas respecto del tratamiento propiamente quirúrgico de la coxo-tuberculósis, son de aplicarse especialmente en los niños, por ser los más comunmente atacados: su rareza en los adultos es causa, tal vez, para que en mi corta y escasa práctica no haya observado en ellos un solo caso, y como tal no he podido formarme idea, siquiera aproximada, de lo que puede ser la coxo-tuberculósis del adulto y las consecuencias que traeria la reseccion. Atendiendo á lo que refieren los cirujanos europeos sobre la incomparable gravedad de la operacion ejecutada en los adultos, sus terribles consecuencias y sus malos resultados en los raros casos de curacion, creo que sólo debe intentarse para casos excepcionales, no olvidando que la cirugía extranjera nos muestra estadísticas pobladas de defunciones, y en donde los resultados más felices son éxitos incompletos; segun lo afirmado por Bœckel, quedan los operados con una ó varias fístulas de supuracion interminable.

V

De la reseccion coxo-femoral.

La práctica de esta operacion no es muy antigua; puede decirse que su ejecucion no pasa de este siglo: si bien es cierto que ántes de esta época se refieren hechos de haberse abierto la articulacion coxo-femoral, ha sido puramente para la extraccion de secuestros, libres dentro de su cavidad; tales son los casos de Schlichting (1730), de Vogel (1771), de Kirkland (1780), de Hoffmann (1782). En 1769 Ch. White en Manchester y Vermandois en Francia, propusieron la operacion sin haberla llevado al campo de la ejecucion; es á A. White, de Westminster, á quien cupo la gloria de haberla puesto en práctica por primera vez en 1821, quedando despues, como unos veinte años, relegada al olvido, contándose apénas durante este período unos diez casos ejecutados en Inglaterra y Alemania.

En 1845 Fergusson la generaliza en Inglaterra; en Francia no entró realmente en la práctica sino hasta despues que fué conocida la interesante Memoria publicada por Le Fort en 1860. Desde esta época la reseccion ha sido ejecutada con notable éxito por los ilustrados cirujanos Volkmann, Billroth y Kœnig en Alemania; Ollier, Verneuil y Bœckel en Francia, y en nuestra patria, por los Dres. E. Licéaga y R. Lavista.

Los instrumentos y útiles necesarios para emprender la operacion deberán tenerse listos para no exponerse á que habiéndola principiado haya que retardarla en su termi-

nacion: es de regla en cirugía operar en el menor tiempo posible. Esta regla crece en importancia desde el momento que el sujeto á quien se opera es un niño, para el cual es preciso evitar los peligros de la cloroformizacion prolongada y juntamente con ella el choque que á toda costa conviene disminuir. En el corto número de resecciones que he visto practicar he notado que cierto estado de algidez en que quedaban los operados les duraba tanto ménos tiempo cuanto más pronto se concluia la operacion.

El enfermo que va á ser objeto de la operacion habrá estado sometido algunos dias ántes al uso de los bromuros; tan prudente conducta tiene por objeto facilitar extraordinariamente la cloroformizacion. Es conveniente tambien el mismo dia de la operacion ponerle algunas horas ántes de dar principio á ella, una gran lavativa de agua, que lleva por objeto vaciar el intestino grueso de las materias fecales que puede contener; con esta precaucion se facilitan notoriamente las exploraciones que sea necesario emprender por el recto.

El cirujano deberá rodearse de un número competente de inteligentes ayudantes. Los indispensables son cuatro: uno se encargará exclusivamente del cloroformo; otro, de sostener el miembro que se va á operar y de ayudar al operador en las maniobras de luxacion; el tercero hará la hemostasia, y el último suministrará los instrumentos. Sentados estos preliminares, y siguiendo paso á paso las prescripciones de la antisepcia, se comenzará la reseccion segun el manual operatorio siguiente:

Con un bisturí convexo se traza una incision ligeramente curva, de convexidad dirigida hácia la parte posterior; comenzará un poco arriba del gran trocánter, pasará atrás

de él y se le dará una extension de 8 á 10 centímetros. No todos los cirujanos convienen en que sea ésta la forma de la incision ni tampoco el lugar donde se haga; casi cada uno de ellos describe una que le es especial, pero todos están de acuerdo en que cualquiera que sea la forma de la incision debe llenar las condiciones siguientes: ser suficientemente ámplia para facilitar las maniobras operatorias, no cortar á través las fibras musculares, y proporcionar despues fácil salida á los productos de la herida. La que acabo de describir es la que he visto ejecutar siempre con buen resultado para los fines que se desean obtener: pertenece, segun algunos autores, á Ollier; segun otros, á Billroth.

Inmediatamente despues y conforme al consejo de Kœnig, se hundirá el bisturí de un solo golpe hasta tocar la cápsula articular y sin ir disecando capa por capa. Este modo de proceder trae como ventaja inmediata ganar tiempo para no prolongar la operacion y despues, de evitar una gran separacion de los labios de la herida, que se inflaman y se invierten hácia afuera cuando se procede capa por capa. En efecto, en las resecciones llevadas á cabo en el Hospital de Infancia he tenido oportunidad de notar las ventajas del modo de obrar seguido por Kœnig. Tendria como desventaja el procedimiento en cuestion, que si se dividiera algun vaso de importancia no podria cogerse inmediatamente, pues cuando se buscara se habria retraido, cosa que dificultaria su prehension: por fortuna, los vasos que se hieren en el campo operatorio son poco considerables, se reducen á ramitos musculares para cuya hemostasia basta la compresion.

Una vez que se ha llegado á la cápsula, dos casos pue-

den presentarse: ó está destruida en algun punto, y basta entónces hacer un corte que partiendo de la perforacion sea suficiente para descubrir las superficies articulares, ó la cápsula está intacta, y entónces una incision lineal llenará el mismo objeto. Abierta la cápsula, se explora con el dedo el estado de las superficies huesosas, especialmente del lado del fémur. Llegamos á la parte de la operacion que tiene que ser tan variable en su manual como son las lesiones que pueden encontrarse. Existen, sin embargo, ciertos preceptos que son siempre aplicables y que por estar fundados en razones científicas nacidas de la patogenia de la afeccion articular, deben tenerse presentes; entre otros se halla el siguiente: Sacrificar todo lo enfermo hasta tener la seguridad de estar en terreno sano: obsequiándolo se evitará la triste perspectiva de curaciones incompletas.

Ahora bien, ántes que todo conviene quitar la cabeza del fémur para examinar el estado de la cavidad cotiloidea, el de la sinovial articular y poder formarse juicio exacto del lugar de las lesiones y de su extension. Para realizar este objeto se desprenderán con cuidado las inserciones musculares del gran trocánter, evitando dividirlas ántes que despegarlas; se procederá luego á luxar la cabeza femoral, para lo cual se llevará el muslo á la flexion, aduccion y rotacion hácia adentro, movimientos que se ejecutarán con energía hasta conseguir ponerla fuera de la herida. Este tiempo se efectuará con cierta facilidad si, como muchas veces sucede, el ligamento redondo ha sido destruido, se notará algún obstáculo si existe todavia, habiendo entónces necesidad de dividirlo con tijeras ó con el bisturí, que se deslizará abajo y hácia adentro.

Teniendo á la vista la epífisis superior del fémur, se

seccionará con la sierra de cadena, ó si se facilita más, con el cincel, inmediatamente arriba del gran trocánter; quitada esta parte del fémur se tiene campo suficiente para juzgar de las alteraciones y normar la conducta posterior si abajo de nuestro córte vemos que la carie ú osteitis tuberculosa no se detienen sino que continuán, será preciso resecar más abajo conservando del periostío cuanto sea posible. Aquí se presenta la cuestion de si se conserva ó no el gran trocánter; cuando está muy alterado, la resolucion es neta, se debe sacrificar; cuando no lo está, los cirujanos están divididos en sus opiniones; algunos, como Ollier, creen conveniente conservarlo con objeto de prestar solidez á los músculos que en él se fijan: esto, segun aseguran, da mejores resultados desde el punto de vista de las funciones del miembro operado: en cambio, el experimentado cirujano E. Bœckel, en su Memoria leida ante el Congreso Francés de Cirugia (1885), afirma que la conservacion del trocánter sólo viene á complicar la operacion y que iguales resultados funcionales se obtienen quitándolo, teniendo simplemente mucho cuidado en despegar el periostío y las inserciones musculares, pues tiene la conviccion de que este modo de proceder es bastante para que los músculos, cuyas fibras no se han cortado trasversalmente, se unan al hueso con los progresos de la cicatrizacion.

Respecto de la cavidad cotiloidea, se seguirá con ella la misma conducta que con el fémur. Atendiendo á la regla general de quitar todo lo alterado, deberá rasparse con la gubia hasta estar ciertos de que se está sobre hueso sano; si, como acontece frecuentemente, existe una perforacion central, se ruginarán sus bordes; si el reborde cotiloideo está de tal manera alterado que haya necesidad de sacrificar-

lo en grandes porciones, se facilitará su destruccion con el cincel y el martillo.

El resto de la cavidad articular, sembrado generalmente de fungosidades, se raspará minuciosamente con la cucharilla de Volkmann; despues de todo esto, y con el fin de alejar la menor probabilidad de infeccion, no estará por demás tocar las superficies huesosas con el termo-cauterio de Paquelin. Se hará en seguida un abundante lavatorio con solucion fénica al 5 ´ ó con licor de Van Swieten; [1] tales lavatorios, á la vez que hacen una magnífica asepcia, arrastran todos los detrítus huesosos y capsulares que quedan en tan gran cantidad.

Abordamos el momento de decidir si conviene ó no suturar los labios de la herida. En mi humilde concepto, debe optarse por la negativa, dejarla abierta completamente y curar á fondo; de esta manera se asegura el completo y fácil escurrimiento de la supuracion, se tendrá á la vista la marcha que sigan durante el proceso de reparacion el fondo y labios de la incision, remediando en tiempo oportuno, unas veces la atonía de las yemas carnosas, tan comun en estos operados, y otras, esa especie de pseudo-membrana blanquecina que cubre la superficie de la herida y que como llega á adquirir cierto espesor dificulta y retarda la cicatrizacion.

Felizmente y para apoyar la idea que me atrevo á emitir, he observado operados á quienes se les han puesto suturas y otros que han quedado en la situacion contraria. Los primeros, á pesar de habérseles puesto tubos de cana-

1 En las resecciones practicadas por el Sr. Dr. Hurtado en el Hospital de Infancia, hemos usado con muy buenos resultados, tanto durante la operacion como en las curaciones, el licor de Van Swieten.

lizacion que llegando hasta el fondo parecian asegurar el escurrimiento fácil de los productos de la herida, han venido á quedar al cabo de algun tiempo en la situacion de los contrarios, pues la acumulacion del pus y su descomposicion obligaban á prescindir de la reunion, toda superficial, que se habia logrado, y al desbridar para curar á fondo se veían todos los inconvenientes de la sutura. Se objetará que de no aproximar luego los labios de la herida se retardará mucho la curacion puesto que éstos se separan, dejando así una gran brecha. No es de creerse que la cicatrizacion necesite más tiempo cuando se deja la herida abierta, que en el caso contrario, en ambos, lo interesante es que se cubra el fondo, cosa que se obtiene en el mismo tiempo en un caso que en otro. Por otra parte, para aproximar los labios de la incision siempre hay tiempo, si se ve una reparacion franca en el fondo no hay inconveniente en tratar de acercarlos, bien sea con hilos de sutura profunda, bien sea con bendoletes de tela emplástica. Así se evitará el inconveniente que puede venir dejando libres los labios de la herida y que consiste en una ancha cicatriz. Otra objecion que pudiera hacérsele al procedimiento que vengo discutiendo es, que deja la superficie de la incision en pleno contacto con el aire y muy expuesta, por consiguiente, á la infeccion, ya sea erisipelatosa, septisémica, etc. etc. Ahora que contamos con las armas poderosas de la curacion antiséptica con yodoformo y que comienza á verse claro en el campo antes oscuro y misterioso de las infecciones quirúrgicas, no debemos arredrarnos ante tal manera de proceder.

De acuerdo con mi idea de no suturar la herida hecha para la reseccion, termina su manual operatorio propia-

mente dicho con el lavatorio antiséptico, que sirve para arrastrar los detrítus.

Vamos á ver en seguida cuál deba ser la curacion. Desde que se ha introducido el uso del yodoformo en la práctica quirúrgica se ha obtenido una brillante conquista para la antisepcia en general y muy especialmente para la de las resecciones. Los cirujanos europeos son de unánime opinion para su empleo en las curaciones de esta clase de operaciones: en nuestra patria, que en honor de la verdad, sigue en las cuestiones quirúrgicas los pasos adelantados de la Europa, se ha usado tambien el yodoformo con los ventajosos resultados que todos conocemos. Así es, que la superficie de la herida se cubrirá con cristales de yodoformo, se colocará un grueso tubo de canalizacion que llegue hasta el fondo, se llenará el hueco que quede con bolitas de gasa yodoformadas y por último, se cubrirá todo con una completa curacion listeriana.[1]

El mismo dia ó cuando más tarde pasados dos ó tres, se aplicará al miembro su aparato de extension continua, que presta tan útiles servicios como ántes de llevarse á cabo la operacion: con la extension se disminuyen notoriamente los dolores, se conserva el miembro en la inmovilidad, y efecto importantísimo á luchar contra las retracciones musculares, se impide la reproduccion de la posicion viciosa. La traccion se continuará hasta que se haya curado el operado; y todavía cuando la herida se ha cicatrizado por completo y la afeccion articular parece totalmente terminada, aconsejan los prácticos en la materia someter á los

1 Las primeras curaciones tienen que hacerse bajo la influencia del cloroformo: el dolor que ocasionan, obliga á pesar de desearse lo contrario, al empleo del anestésico.

pacientes á la traccion de un peso moderado durante la noche, cuándo ménos en los primeros meses que siguen á la operacion.

Las curaciones se renovarán al principio cada dos dias; la cantidad de supuracion es tan abundante, que basta este corto intervalo para que haya necesidad de quitar el apósito; á medida que avanza la reparacion, se prolongará más el intervalo entre una y otra curacion: he visto casos en los cuales es posible conservarlas hasta ocho dias porque no hay nada que exija su renovacion.

El tratamiento general es de suma importancia. Inmediatamente despues de la operacion. los excitantes difusibles tienen preferente lugar para levantar á los enfermos del decaimiento en que los pone la reseccion, cuyo choque sobre el organismo no carece de importancia; así es que alcohol á pequeñas dósis, unido á una corta cantidad de bromuro de sodio, constituirán la medicacion interna en los primeros dias. El bromuro, por sus efectos antiespasmódicos, lleva por objeto calmar la excitacion nerviosa que no es raro ver sobrevenir despues de la depresion de las primeras horas. Más tarde los tónicos, los neurosténicos y las preparaciones marciales formarán la base del tratamiento interno.

La alimentacion será compuesta de sustancias reparadoras y de fácil digestion; en fin, se tendrá presente que un aire puro, la limpieza de la habitacion y del lecho del operado constituyen medios higiénicos que, si se prodigan con cuidado, mucho contribuirán al buen éxito.

Los resultados definitivos de la reseccion coxo-femoral en caso de curacion, son la pseudo-artrósis y la anquilósis fibrosa ó huesosa; la mayor parte de las veces queda un

acortamiento más ó ménos grande, segun la distancia á que fué seccionado el fémur.

En resúmen, la operacion de la reseccion aplicada como tratamiento de la coxo-tuberculósis, dejará un miembro más ó ménos útil y acabará para siempre con las lesiones articulares.

He llegado, por fin, á terminar este insignificante trabajo, no sin poseer la conviccion de haber desarrollado de una manera incompleta las cuestiones sugeridas en asunto tan importante. Las ideas que dejo apuntadas carecerán de utilidad práctica y estarán plagadas de errores; mi escaso talento y reducida experiencia serán disculpa suficiente ante mis ilustrados Jueces. ¡Ojalá y nuestras eminencias en cirugía emprendan alguna vez un serio estudio sobre el tratamiento de la coxo-tuberculósis ya que mi humilde pluma mal lo ha podido bosquejar.!

México, Enero 30 de 1887.

C. Govea

OBSERVACIONES.

NÚMERO 1.

Coxo-tuberculósis derecha en el primer periodo.—Tratamiento por la extension continua.—Mejoramiento.

Cirilo Cárdenas, de 8 años de edad, temperamento linfático y constitucion débil, nació en México de una humilde familia, por lo que ha pasado su vida en malas condiciones higiénicas. Su padre es alcohólico; su madre, de buena salud, ha tenido 12 hijos, habiendo sido Cirilo el último; 9 de sus hermanos han muerto en los primeros dias de su existencia sin que se sepa la causa.

El que es objeto de esta historia fué sano hasta los dos años de edad. En esta época fue afectado de sarampion, que curó sin accidente. En Junio del presente año sufrió un traumatismo en la region coxo-femoral derecha. Al cabo de algunos dias siente un dolor situado en la rodilla del mismo lado, primero leve, se hace despues más intenso, cambia luego de sitio y no es ya en la rodilla sino en la articulacion coxo-femoral donde se hace sentir. La claudicacion no tarda en aparecer y la extension de los movimientos necesarios para la marcha se limita de dia en dia.

El 8 de Noviembre viene á ocupar una cama en el Hospital de Infancia. Es reconocido por el Señor Doctor Francisco Hurtado y por mí. El resultado de nuestro exámen fué el siguiente: Estado general, bueno; las funciones de digestion, circulacion y respiracion no acusan trastorno apreciable. El miembro inferior derecho presenta hácia la region coxo-femoral un hinchamiento poco marcado si se compara con el lado izquierdo; el muslo está ligeramente doblado sobre la pélvis y á esto se debe que se observe un acortamiento aparente. Haciendo presiones sobre la articulacion coxo-femoral, se despierta dolor bien perceptible; tratando de imprimir movimientos al muslo, siente el enfermo vivo dolor en la articulacion; por esto y por una contractura visible

de los aductores, son limitados los movimientos de flexion del muslo sobre la pélvis y el de flexion, abduccion y rotacion afuera. Bajo la influencia del cloroformo, la contractura muscular desaparece, y es fácil poner el miembro en plena extension, á pesar de imprimir movimientos al muslo en diversos sentidos, no se percibe ningun frotamiento articular.

Atendiendo á los antecedentes y exámen directo, se pensó que era un caso de coxo-tuberculósis en el lado derecho y que se hallaba en el primer período de la clasificacion del Doctor Lannelongue. Se le impuso desde luego el tratamiento interno por el yoduro de potasio y aceite de bacalao, añadiéndose una cucharada de vino de quina ántes de comer y otra ántes de cenar. El dia diez se le aplicó el aparato de extension continua con un peso de 1,500 gramos, sin que para esto se le hubiera cloroformizado; á los pocos dias el miembro estaba en la extension más perfecta y exactamente igual al del lado sano: el dolor expontáneo habia desaparecido.

Ha trascurrido mes y medio desde la colocacion del aparato. El estado general no se ha desmejorado nada absolutamente; en cuanto al local, no puede hallarse en mejores condiciones: extension completa; dolor expontáneo, nulo; dolor provocado á la presion y por los movimientos del muslo disminuido, y por último, mayor amplitud y libertad en los movimientos que estaban atacados al momento del primer exámen.

Diciembre 25 de 1886.

NÚMERO 2.

Coxo-tuberculósis en el segundo periodo.—Tratamiento por la extension continua.—Notable mejoracion.

Soledad Franco, natural de México, de cinco años de edad, temperamento linfático y constitucion débil, es hija de padres bien constituidos. Generalmente sana, sólo ha padecido conjuntivítis y blefarítis muy rebeldes

En el mes de Octubre de 1885 nótase que cojeaba y se quejaba de dolor en la rodilla izquierda. En Diciembre sufre un traumatismo ligero en la articulacion coxo-femoral de ese lado: este insignificante acci-

dente fué suficiente para desarrollarle progresivamente la afeccion de que entró á curarse al Hospital de Infancia en el mes de Julio del presente año. La situacion que guardaba era la clásica de los afectados de coxo-tuberculósis en el segundo período: inmovilidad persistente de la articulacion; muslo en flexion, abduccion y rotacion hácia afuera; posicion fácil de corregir bajo la influencia del cloroformo ayudada de las maniobras de enderezamiento y correccion por el método de Bonnet. Se despierta dolor por la presion, y al más leve movimiento que se imprime á la articulacion, existen frotamientos muy marcados y no hay señales de líquido intrarticular. El estado general es bueno; hállase un poco anémica y nada más.

El 26 de Julio el Sr. Dr. Hurtado cree conveniente sujetarla á la extension continua sin descuidar el tratamiento interno por el yoduro de potasio, aceite de bacalao y tónicos amargos. Se coloca el aparato con un peso de 2,000 gramos. Pasados algunos dias el dolor se ha retirado, el miembro está en la extension y el estado general no se ha desmejorado. Así continúa hasta el 18 de Setiembre, época en que, a pesar de las súplicas que le hicimos á la madre para que la dejara todavia en el Hospital, no se consiguió nuestro deseo; y al llevársela vimos con gusto que su situacion era muy favorable y que, tal vez con dos ó tres meses más de permanecer con su aparato, se hubiera obtenido éxito completo.

El estado general estaba tan bien como el primer dia que se colocó el aparato extensivo. En cuanto al local, era el siguiente: miembro en la extension igual al del lado opuesto; movimientos voluntarios y provocados, si no completamente iguales á los del lado sano, sí bastante extensos para que, llevado el muslo en diversos sentidos, sólo fuera detenido en su excursion por dolor poco perceptible y contractura muscular leve; en fin, podia la enfermita permanecer en pié sin molestias. No pude obtener diera algunos pasos con objeto de examinar la marcha; creí que tal resistencia para andar se explicaba mejor por el natural temor del sufrimiento que pudiera ocasionarle que por imposibilidad absoluta de hacerlo.

Grandes fueron mis deseos para averiguar el estado de las superficies huesosas, y por consiguiente, comprobar la existencia ó no existencia de frotamientos, mas como para esta exploracion se necesitaba del cloroformo, no se llevó á cabo por falta de tiempo. Por otra parte, era fa-

cil pensar que disminucion tan palpable de los síntomas deberia corresponder á igual retroceso en las lesiones; de ahí que probablemente no se hubieran percibido frotamientos tan marcados como en la primera exploracion.

Setiembre 22 de 1886.

NÚMERO 3.

Coxo-tuberculósis en el tercer período.—Tratamiento por la extension continua.—Mejoracion.

José Rojas, de cuatro años de edad, temperamento linfático y constitucion débil, nació en México y ha estado sujeto á regulares condiciones higiénicas. Su padre es alcohólico y acusa signos de tuberculósis pulmonar; su madre es enteramente sana. A los veinte dias de nacido padeció pulmonía, quedando despues con una bronquitis que tardó en desaparecer: al año es afectado de otítis externa doble que le dura todavía.

En el mes de Diciembre de 1885 y con motivo de una caida, comienza á quejarse de dolor en la rodilla izquierda: algunos dias más tarde siente el dolor en la articulacion coxo-femoral, comienza á claudicar porque este síntoma se hacia más intenso á medida que el tiempo avanzaba. Así continuó hasta el mes de Agosto, en que no sólo la marcha se dificultó de una manera extraordinaria, sino que la permanencia de pié fué imposible por el acortamiento del miembro que era ya muy perceptible. La mamá, en su afan por aliviar á su hijo, ve á un cargador para que le compusiera la pierna. Las maniobras imprudentes á que lo sujetó el cargador lo colocaron en peor situacion: el dolor le aumentó considerablemente, la posicion del miembro se hizo más viciosa, el acortamiento tomó mayores proporciones. Su estado general se ha desmejorado por la permanencia en la cama que ha guardado desde Agosto, sin estar sometido á otro tratamiento que la más inadecuada expectacion; su sueño es frecuentemente interrumpido porque el más ligero movimiento le produce dolor que al despertarlo lo obliga á quejarse.

El 23 de Noviembre de 1886 entró á ocupar una cama del Hospital de Infancia. Sometido á un exámen cuidadoso se obtuvieron los si-

guientes resultados: Anemia marcada; existencia de la otítis externa doble con escurrimiento poco abundante de pus; pulso frecuente y débil; diges tion, calonificacion y respiracion normales. El miembro inferior izquierdo está en lo general más delgado que el del lado opuesto; hácia la region coxo-femoral se nota un abultamiento difuso; la posicion es la de flexion, aduccion y rotacion hácia adentro; acortamiento aparente comparado con la longitud del miembro sano. Nótase que haciendo presiones sobre las superficies articulares y tratando de imprimir movimientos al muslo se despierta dolor; si se quiere extender el miembro, se produce este síntoma y no se consigue el objeto, pues la contractura muscular es obstáculo suficiente; en este momento sólo se obtiene marcar más la curvatura lumbar compensadora; bajo la influencia del cloroformo é imprimiendo movimientos á la articulacion, se perciben extensos frotamientos huesosos, se llega á corregir la posicion viciosa pudiendo colocarse el miembro en la extension; por último, no hay señales de derrame intrarticular y ménos aún de luxacion

Creiamos con esta exploracion y los datos anamnésticos recogidos· que se trataba de una coxo-tuberculósis que, vista la posicion del miembro, se hallaba en el tercer período. El estado local y general no pedia otra cosa que el tratamiento conservador. Se le colocó ese mismo dia su aparato de extension continua con un peso de 1,500 gramos, ordenándosele su medicacion interna por el yoduro de potasio, aceite de bacalao, tónicos amargos y neurosténicos, como el vino de quina y la nuez vómica. Para la otitis se le mandar·n jeringatorios con permanganato de potasa.

Hasta el 20 de Enero de 1887 he podido seguir la observacion. En esta época su mamá, como tantas veces sucede, impaciente por la permanencia de su hijito en el Hospital, se lo llevó en el estado satisfactorio que voy á describir y que auguraba feliz resultado con más tiempo de persistir en su método. Estado general, muy repuesto; en su fisonomia se pinta el contento; el sueño es tranquilo, habiendo acabado el insomnio molesto que ántes lo interrumpia; su pulso es más lleno y ménos frecuente; todas sus otras funciones sin alteracion; y para completar el cuadro, está curado de la otítis. El miembro enfermo se halla en la extension é igual al del lado sano; no hay dolor expontáneo en la articulacion y el provocado á la presion es insignificante; los movimientos, aunque limitados y dolorosos, lo son ménos que al momento

del primer exámen. No se cloroformizó á este niño para poder juzgar de los frotamientos, pero es fácil prever que hubieran disminuido, pues la mejoracion de los síntomas lo indicaba.

Enero 20 de 1887.

NÚMERO 4.

Coxo-tuberculósis en el tercer periodo complicada de fistulas osifluentes.—Tratamiento por la extension continua.—Inexito.

Emilia Hernandez, de seis años de edad, temperamento linfático-nervioso y constitucion mediana, nació en México, no habiendo padecido enfermedad ninguna anterior á la que hoy tiene. Su madre, de unos treinta años de edad, está habituada á las bebidas alcohólicas y es enteramente sana; su padre, segun los datos que he recibido, parece tuberculoso.

A los cuatro años de edad sufre una caida y pocos dias despues comienza á claudicar, porque decia sentir dolor en la articulacion coxo-femoral derecha: esta niña, que ántes corria y se entregaba á toda clase de juegos infantiles, permanece ahora sentada la mayor parte del dia. Se observa que su miembro se acorta porque se dobla el muslo sobre la pélvis y las dificultades para la marcha son mayores. Seis meses más tarde aparece en la region ántero-superior del muslo un hinchamiento doloroso que aumenta todos los dias, abriéndose por fin expontáneamente y dando salida á una buena cantidad de supuracion. Dos meses habian pasado de este accidente cuando se forma una fístula en la parte posterior del muslo al nivel del surco glúteo-femoral y dió salida á pus grumoso y espeso. Mucho tiempo se contentaron sus padres con curarla á su modo sin consultar á ningun médico. Como era de esperarse, con tan escasas atenciones la situacion del miembro enfermo era cada vez peor. En Setiembre del presente año la llevan al Consultorio gratuito de la Beneficencia Pública. El inteligente cirujano director de ese consultorio, Doctor Francisco de P. Chacon, canalizó la fístula y un trayecto subcutáneo que correspondia al hinchamiento de que hablaba la madre en los antecedentes y que probablemente no fué otra cosa que un absceso independiente de las lesiones

articulares. Como los recursos de que se dispone en el Consultorio impedian se instituyera á la enferma un tratamiento conveniente, se aconsejó á la mamá la trajera al Hospital de Infancia, á donde entró el 20 del mismo mes.

Del exámen que se le hizo se obtuvieron los siguientes resultados: miembro en flexion, aduccion y rotacion hácia adentro; abultamiento marcado en la region coxo-femoral; adelgazamiento del resto del miembro comparado con el sano y aberturas fistulosas en los lugares ántes mencionados que daban salida á pus grumoso y mal ligado; los movimientos articulares eran imposibles de efectuarse por el dolor que causaban y el obstáculo que oponian las retracciones musculares; bajo la influencia del cloroformo y con algun esfuerzo se lograba corregir la posicion viciosa y llevar el miembro á la extension; en fin, haciendo movimientos en diversos sentidos se sentian frotamientos articulares muy marcados. Atendiendo á los antecedentes, marcha y estado actual, se diagnosticó una coxo-tuberculósis en el tercer período.

Hasta el 22 de Octubre estuvo sometida al tratamiento interno por el yoduro, aceite de bacalao y tonicos, haciéndosele diariamente lavatorios y curaciones antisépticas á sus fístulas. Este dia se repite una exploracion bajo completa anestesia, y á pesar de variados movimientos imprimidos al muslo, no fué posible percibir los frotamientos de la primera vez, hecho que atribuyó el Sr. Dr. Hurtado, ó á la interposicion de fungosidades que impedian el contacto de las superficies huesosas alteradas, ó, cosa mas rara, á un principio de curacion de las lesiones por la expectacion y el reposo.

Para corregir la posicion viciosa del miembro, así como para ver si más tarde se mejoraba el estado de la articulacion, se cloroformizó la enfermita, se hizo el enderezamiento por el método de Bonnet y se le colocó su aparato de extension continua con un peso de kilógramo y medio. Al volver del sueño anestésico se queja mucho de dolores articulares, se acelera el pulso y la respiracion. Estos síntomas los creimos debidos á cierto grado de flogósis despertada por las maniobras necesarias para la exploracion y colocacion del aparato. Se le ordena una pocion con bromuro de potasio y cloral para calmar sus sufrimientos; en la noche de ese dia la calma habia vuelto; consentia sin molestia el peso que se le colocó; la temperatura era de 38°8 y el pulso continuaba acelerado.

Al cabo de un mes, es decir, el 28 de Noviembre, se habia conseguido que el miembro estuviera en buena actitud, que terminara el dolor articular expontáneo y mucho disminuyera el provocado por la presion; mas en cambio de esto teniamos el escurrimiento de pus abundante y mal ligado que no cesaba de salir por la abertura fistulosa del surco glúteo-femoral y el estado general que iba de mal en peor; la anemia y enflaquecimiento aumentaban cada dia, el sueño era intranquilo, las digestiones se hacian mal y la temperatura oscilaba entre 38°7, 38°5 por las noches, y 37°; 37°5 á que descendia por la mañana. Este cuadro obligó á pensar que las lesiones articulares no se remediarian ya por el tratamiento conservador únicamente; así es que el Sr. Dr. Hurtado se decidió á proponer á la mamá de esta enfermita la operacion de la reseccion como recurso necesario para curar la enfermedad. A pesar de todos los medios de que nos valimos para convencerla de lo indispensable que era la operacion, no se consiguió más que, negado su consentimiento, al dia siguiente se llevara á la pobre enfermita.

Noviembre 30 de 1886.

NÚMERO 5.

Coxo-tubérculósis en el segundo periodo.--Tratamiento por la reseccion.--Exito.

Pedro Villa, de 7 años de edad, temperamento linfático-nervioso y constitucion débil, nació en México de una humilde familia; de ahí que nunca ha estado en condiciones higiénicas siquiera medianas. Su padre, de 50 años de edad, es alcohólico, padeció en su juventud afecciones venéreas; no habiéndolo examinado directamente, ignoro si fueron sifilíticas. Su mamá es de buena salud, aunque tambien habituada al alcohol; ha tenido 7 hijos, siendo Pedro el último.

A los 4 años de edad padeció sarampion y escarlatina, que curaron sin complicacion. En el mes de Abril del presente año sufre una caida. Algunos dias más tarde principia á tener dolor en la rēgion coxo-femoral derecha, primero leve, persiste y aumenta más y más hasta producir alguna dificultad en a marcha. A los dos ó tres meses nótase que el miembro comenzaba á encogerse, teniendo que apoyarse sobre la extremidod de los dedos para andar; esta dificultad se agravaba con

el dolor, que entónces más intenso, lo obligaba á permanecer de pié el menor tiempo posible. En el mes de Agosto su mamá fué á ver á un cargador para que, segun ella, le compusiera el hueso. Las maniobras bruscas á que lo sujetó el cargador trajeron como natural consecuencia una agravacion tal, que desde esa época quedó condenado el pobre niño á no poder siquiera pararse: su sueño es intranquilo; despierta frecuentemente quejándose del dolor articular. Son éstos los escasos datos que he podido recoger de la madre á pesar de mi repetida insistencia para que recordara todo lo acaecido á su hijo.

El 10 de Setiembre fué admitido en el Hospital de Infancia. Del exámen que se le hizo resultó lo siguiente: medianamente constituido, su fisonomía tiene el sello especial de los escrofulosos; está un poco anemico; su pulso débil, regular, late 120 veces por minuto; su respiracion, tambien regular, se efectúa 24 veces por minuto; sus funciones digestivas se hallan bien. En los primeros dias de permanencia en el Establecimiento se han comprobado algunos de los síntomas referidos por la madre: la imposibilidad absoluta de que permanezca un solo instante de pié; la intranquilidad de su sueño, pues muy á menudo despierta quejándose; sus ayes coinciden con movimientos involuntarios que ejecuta estando dormido y que conmueven su articulacion enferma.

La posicion que guarda en su cama es el decúbito dorsal, estando su miembro en flexion, abduccion y rotacion afuera; las presiones ejercidas sobre la articulacion provocan dolor agudo; lo mismo sucede si se trata de imprimir movimientos al múslo ó de corregir la posicion viciosa; el miembro es en general más delgado que el sano, excepto en la region coxo-femoral, donde existe cierto abultamiento; se observa, además, alargamiento aparente y curvatura lumbar poco marcada. Bajo la influencia del cloroformo se corrige la posicion viciosa con alguna facilidad, imprimiendo movimientos al muslo en diversos sentidos y especialmente en el de abduccion y rotacion afuera, se sienten frotamientos huesosos evidentes.

Con los datos recogidos por el conmemorativo y exámen directo, el Dr. Francisco Hurtado creyó que se trataba de la coxo-tuberculósis en el segundo periodo. El estado general y local, relativamente buenos convidaban á recurrir á la extension continua. Aprovechando la anestesia á que se le sujetó para el reconocimiento, se hizo el enderezamiento y correccion de la posicion viciosa y se le colocó su aparato exten-

sivo con un peso de 1,500 gramos. Al volver del cloroformo siente ligero dolor articular y nada más. Desde luego se le ordena su medicacion interna por el yoduro de potasio y aceite de bacalao. Durante 4 ó 5 dias el termómetro puesto en la axila señala 37° , 37° 5 en la mañana y 37° 5, 38° 5 en la noche: se cree que tal reaccion sea debida á la flogósis despertada por las maniobras de reconocimiento y colocacion del aparato.

Un mes despues se observa que el peso extensivo ha sido bien soportado, que el dolor expontáneo desapareció al dia siguiente de puesto el aparato y no ha vuelto á sentirse; en cuanto al provocado por la presion, es ahora mas intenso, el abultamiento difuso de la region coxofemoral ha aumentado, y la temperatura axilar, unas veces normal, está otras elevada de 38° á 38° 5. En resúmen, no parece que la afeccion se haya mejorado con el tratamiento seguido hasta aquí. Una de las telas del aparato, la que se puso inmediatamente arriba de los maleolos, comienza á ulcerar la piel, esto obliga á suspender la extension continua para procurar la reparacion de la úlcera, pudiendo notarse que los movimientos expontáneos son mucho más limitados y dolorosos que ántes de intentar la traccion.

El 18 de Octubre se cloroformiza otra vez, con objeto de repetir la exploracion y juzgar del estado de las superficies articulares. Tal como era de suponerse, los frotamientos huesosos articulares eran más extensos que cuando se efectuó el primer exámen. Ya no cabia duda, la afeccion, siguiendo su marcha fatal, se habia agravado. Intentar el tratamiento conservador todavía cuando avanzadas las lesiones no eran segun parecia, susceptibles de tratarse por la extension, hubiera sido exponerse á perder el tiempo inútilmente y con perjuicio del enfermo, porque su estado general se habria desmejorado. Así es que con toda justicia el Dr. Hurtado pensó que estaba indicada la reseccion coxo-femoral, aplazándola para el dia siguiente.

El 19, el enfermo, con los preparativos que ve en su derredor, está agitado, su pulso late 148 veces por minuto, su respiracion se efectúa 42 veces en el mismo tiempo y la temperatura es de 38° 7.

Convenientemente dispuestos los ayudantes y prévias precauciones antisépticas, dió principio á la operacion el citado Dr. Hurtado. Se hace una incision de ocho centímetros hácia otras del trocánter y en forma de media-luna: se profundiza capa por capa hasta tocar á la cápsu-

la; abierta ésta se ve salir un pus espeso y cremoso, que llenaba la cavidad articular. A través de la herida capsular se mete el dedo para explorar las superficies huesosas, notándose que la cabeza femoral está rugosa y desprovista de su cartílago de encostramiento. Se luxa llevando el muslo á la flexion y aduccion exagerada; esta maniobra no presentó dificultad, pues el ligamento redondo destruido no oponia obstáculo, y se vió luego á través de los labios de la herida la cabeza femoral con señales claras de la osteitis rareficante que, extendiéndose hasta un centímetro abajo del cuello anatómico, exigia hasta ese límite la reseccion. Se desplegó cuidadosamente el periostio con las inserciones musculares hasta el lugar indicado, aplicándose allí la sierra de cadena. La superficie de seccion estaba sana, y se creyó haber llegado á los límites justos de las alteraciones. Quitada la cabeza femoral fué fácil examinar el resto de la articulacion: las paredes de la sinovial casi en su totalidad estaban tapizadas de fungosidades; igual cosa pasaba en la parte póstero-superior de la cavidad cotiloidea. Se rasparon todas ellas hasta asegurarse de no haber dejado una sola.

Hecha la hemostasia completa y lavada la herida con una solucion antiséptica de sublimado al milésimo, se llenó la cavidad con gasa impregnada de yodoformo, terminándose la operacion con una rigurosa curacion listeriana. El pulso débil, pequeño y regular, latia 120 veces por minuto; la respiracion, regular tambien, se efectúa 30 veces en el mismo tiempo, y la temperatura bajó á 36°5. Se le ordenó alcohol á pequeñas dósis como excitante difusible, y bromuro de potasio para atenuar los efectos del choque quirúrgico.

El dia 21 se quitó el apósito y se vió que el estado de la herida era bueno, encontrándose algunas yemas carnosas que principiaban á cubrir el fondo; algunas membranas blanquecinas ocultaban en ciertos puntos el aspecto, en general rosado, de la herida; se cauterizaron con nitrato de plata y se repitió la curacion yodoformada. El estado general se presentaba bien, sin accidente notable, solamente algo de insomnio, que se corrigió con jarabe de cloral. El 22 el pulso se hace, además de pequeño y frecuente, un poco iregular; se le administra digital y se consigue regularizarlo.

El dia 24 se cree conveniente aplicarle su extension continua con un peso de 1.500 gramos. No sólo se observa que la extension es perfectamente soportable, sino que produce gran alivio á los sufrimientos de

este niño; cuando se le interrumpe con objeto de curarlo, la pide con insistencia.

La marcha de la herida hasta el 30 de Noviembre ha sido poco más ó ménos la siguiente: siempre de buen aspecto y supurando ámpliamente; el pus es loable y perfectamente aséptico; en los primeros dias que siguieron á la operacion los labios de la herida se inflamaron separándose uno de otro y áun invirtiéndose hácia afuera; queriendo aproximarlos con vendoletes de tela emplástica, se ha conseguido que al paso que la inflamacion disminuia, se acercaran poco á poco hasta ponerse en contacto; el fondo, cubriéndose de yemas lentamente, parece hasta ahora estarlo del todo; queda un trayecto fistuloso en el lugar destinado al tubo de canalizacion, pero parece debido al obstáculo mecánico opuesto para la cicatrizacion. La longitud del miembro es igual á la del sano y la posicion que guarda es la extension.

El tratamiento general ha consistido en tónicos para sostener las fuerzas, antiespasmódicos para luchar con los síntomas de excitacion nerviosa, tan comun en estos operados, y una alimentacion reparadora á la vez que de fácil digestion. Nada en su estado general revela alguna complicacion; la temperatura ha seguido el curso habitual en las heridas que supuran, sin que haya mucho de notable que señalar en ella. Con tan halagador cuadro no es atrevido augurar un éxito feliz.

Noviembre 30 de 1886.

NÚMERO 6.

Coxo-tuberculósis en el tercer período complicada de fístulas y abscesos osifluentes.—Tratamiento por la reseccion.—Muerte por tuberculósis cerebral.

Merced Pavon, de cinco años de edad, constitucion muy débil y temperamento linfático, pertenece á familia medianamente acomodada y por eso ha estado colocada en regulares condiciones higiénicas. Su padre fué de buena salud y de costumbres sobrias; murió de pulmonia en la edad viril. Su madre, generalmente sana, fué afectada en los últimos dias de su vida de cáncer uterino que motivó su muerte; tuvo 9 hijos, habiendo sido Merced la última.

Durante la lactancia, que se hizo en el tiempo debido, padeció algunas diarreas; fué sana despues hasta los tres años y medio de edad en que comenzó á quejarse de dolor en la articulacion coxo-femoral izquierda; tal dolor persistió sólo hasta trascurridos ocho meses, época en que se acompaña de claudicacion. Sus hermanos observan que el miembro de que se quejaba la enfermita estaba alargado, y juzgaron por esta circunstancia que el miembro enfermo fuera el derecho; no permanecieron mucho tiempo en error, pues al cabo de algunos dias el alargamiento se tornó en acortamiento, la pierna comenzaba á doblarse sobre el muslo y éste sobre la pélvis. A fines del año de 85 apareció un hinchamiento en la parte anterior del muslo, la posicion del miembro se hace más viciosa y la enfermita se enflaquece sensiblemente. Varios médicos fueron consultados desde el principio de la enfermedad, sin que ninguno de los tratamientos que ordenaban fuera seguido con la regularidad deseada.

El 8 de Enero de 1886 entró al Hospital de Infancia. Con los antecedentes recogidos y el exámen directo se diagnosticó una coxo-tuberculósis que, segun la posicion que el miembro guardaba, estaba en el tercer período. El estado general reclamaba un tratamiento tónico y reconstituyente; los medicamentos que se le ordenaron tendian á llenar ese objeto. El dia 13 se le puso un aparato dextrinado que, no produciendo ningun alivio y sí muchas molestias, se le quitó el dia 18.

El 1º de Febrero el Dr. Licéaga, buscando la inmovilidad de la articulacion, le aplicó un nuevo aparato dextrinado, que dando el mismo resultado que el primero, se quitó el dia 12.

El estado general se desmejoraba diariamente; en cuanto al local, iba á la par en su mala situacion; la posicion viciosa aumentaba, los dolores expontáneos y provocados eran más intensos; la atrofia del miembro más pronunciada y la temperatura vespertina, llegando, de 38° 5 á 39°, bajaba por la mañana casi á la normal. Ante esta situacion, el Sr. Dr. E. Licéaga pensó en la reseccion coxo-femoral para detener la afeccion, que ya entónces amenazaba la vida.

El 22 de Febrero se cloroformizó á la niña, se dispuso todo para ejecutar la operacion (que tal vez entónces hubiera sido oportuna y de éxito feliz) y aprovechando la anestesia, se comenzó por examianr detenidamente la articulacion, notándose al imprimirle movimientos extensos frotamientos huesosos y retracciones musculares que, no ce-

diendo bajo el cloroformo, impedian corregir la actitud viciosa; en la cara ántero-externa del muslo se diagnosticó con claridad la existencia de un absceso, quedando la duda de si era sintomático de las lesiones articulares ó independiente de ellas. Esta observacion cambió por completo la idea del prudente y distinguido cirujano, que pensó aplazar la operacion si al abrir el citado absceso se encontraba con que era independiente y solamente desarrollado in situ pues entónces esperaria su cicatrizacion para contar con ménos complicaciones al llevar á cabo la operacion. Así es, que ese dia se hizo en el foco purulento una ámplia incision que dió salida á una buena cantidad de un pus espeso y cremoso, se rasparon las paredes, se suturaron los labios de la herida y se colocó una curacion listeriana. A pesar de los cuidados de la operacion y curacion no se consiguió se aproximaran y cicatrizaran las paredes del foco por primera intencion, atravesando la enferma por todas las peripecias de las heridas que supuran: la elevacion de temperatura por las noches mucho contribuyó á destruir más el organismo que estaba ya tan empobrecido.

A fines del mes de Marzo se hallaba casi completamente reparada la pérdida de sustancia creada por el absceso, quedando sólo una fístula en el ángulo superior de la incision que, segun todas probabilidades, conducia hasta la articulacion; en esa pequeña solucion de continuidad apareció la podredumbre de hospital, de forma gangrenosa, poniendo en gran peligro la vida de la enferma. Se le administraron luego la quinina como tónica y antipútrida, la nuez vómica como neurosténica y el alcohol á pequeñas dósis para sostener las fuerzas; al exterior y localmente, cauterizaciones con ácido fénico en solucion alcohólica al 50 % y curaciones antisépticas con yodoformo. Algunos dias más tarde el enemigo desapareció, dejando como huella una buena pérdida de sustancia.

El 24 de Febrero se presenta una diarrea para añadir su influencia fatal á los factores existentes. Teniendo en cuenta el sujeto en que apaecia y lo rebelde que fué al gran número de medicamentos empleados, se tomó, con justicia, como causada por la tuberculósis intestinal.

Hasta el mes de Junio fue posible la cicatrizacion de la ulceracion causada por la podredumbre de hospital; la diarrea no habia cedido en lo más mínimo á pesar de la variedad de medicamentos empleados para atacarla. A principio de Julio comienza á elevarse la tempe-

ratura por las noches con remisiones matinales francas. Se investiga la causa y se descubre en la region glútea del lado enfermo un abultamiento en el que poco á poco se marcan los signos de un absceso sintomático de la afeccion articular. El 9 del mismo mes se abrió ámpliamente, se rasparon sus paredes y se colocó una curacion antiséptica á fondo. Hasta el mes de Octubre se consiguió la reparacion de la pérdida de sustancia motivada por el absceso, quedandó una fístula que comunicaba con la articulacion.

Hasta ahora he referido á grandes rasgos la serie no interrumpida de padecimientos porque ha atravesado la enfermita y que han contribuido todos á minar su organismo y colocarlo en la situacion que voy á describir con el objeto de dar una idea del estado que guardaba ántes de emprenderse la reseccion.

Merced cuenta ya seis años de edad; en su fisonomía revela los prolongados sufrimientos que la han torturado tanto tiempo; está palida y profundamente anémica, con un enflaquecimiento general que casi llega al marasmo; su inteligencia funciona con perfeccion siendo notable su desarrollo si se tiene en cuenta su poca edad; su pulso débil, frecuente y regular, late 130 veces por minuto; su respiracion, tambien regular, se efectúa 25 veces en el mismo tiempo; el termómetro marca 37°, 37°5 en la mañana y 38°, 38°5 en la noche; su apetito es bueno, mas la diarrea, que no ha podido contenerse, impide se le den los alimentos que deseara; y por último, su sueño, aunque corto, es tranquilo. Sus movimientos generales, tanto como se lo permite su miembro enfermo, los efectúa con admirable tino, de manera de no molestar para nada su articulacion enferma; la posicion que generalmente guarda en su cama es el decúbito lateral derecho, estando su miembro izquierdo en flexion, aduccion y rotacion hácia adentro descansando completamente sobre el derecho.

Cloroformizada para hacer un exámen más completo, se obtuvo el siguiente resultado; la actitud viciosa no puede corregirse porque las retracciones musculares son serio obstáculo, notándose al intentar la correccion que la curvatura lumbar aumenta. Existe un abultamiento que ocupa la region superior del muslo; á partir de allí el resto del miembro es mucho más delgado que el del lado sano; las cicatrices de la parte ántero-externa del muslo y las de la region glútea son irregulares y de un color amoratado; por las aberturas fistulosas escurre un

pus mal ligado, grumoso, y en fin, nótase un acortamiento bien marcado de todo el miembro. Al imprimir movimientos á la articulacion se sienten frotamientos huesosos claros; si al ejecutarlos se explora por el recto el fondo de la cavidad cotiloidea, se confirma el fenómeno susodicho.

La mensuracion demuestra la realidad del acortamiento notado á la inspeccion; la distancia de la espina iliaca ántero-superior al cóndilo interno del fémur es de 19½ centímetros, miéntras en el lado sano la misma medida señala 23 centímetros. La línea de Nelaton Roser pasa un poco abajo del gran trocánter, lo que hace sospechar que no hay luxacion completa, pero sí cabalgamiento de la cabeza femoral sobre el reborde cotilóideo. La exploracion de las fístulas con el estilete enseña que son muy sinuosas y comunican con las alteraciones articulares.

Este es el cuadro, tan poco animado, que presenta nuestra enferma en los primeros dias de Noviembre y que es suficiente para fundar el diagnóstico de coxo-tuberculósis en el tercer periodo complicado de fístulas osifluentes y tuberculósis intestinal. La miseria de su organismo queda satisfactoriamente explicada por las causas enumeradas que de comun acuerdo han contribuido á ese resultado. El Sr. Dr. Hurtado creyó que en este caso estaba indicada la reseccion por necesidad, pues á pesar de sus terribles consecuencias, que eran de temerse supuesto el estado general de la enferma, pensó que en cambio era el único medio para aventurarse con alguna probabilidad á salvar aquella existencia puesta en inminente peligro si se abstenia de toda intervencion.

El 6 de Noviembre, despues de tomadas las precauciones de una buena antisepsia, se procedió á la operacion. Con un bisturí convexo se hizo de un solo tiempo una incision semilunar de 8 centímetros de extension hacia atrás del gran troncánter y que llegaba en profundidad hasta la cápsula; en este tiempo pasó un incidente desagradable: se hirió una gruesa arteria, probablemente la isquiática, que como estaba comprendida en un tejido lardáceo, dió alguna sangre miéntras se logró cogerla con la pinza de Pean. Salvado este accidente se abrió la cápsula, se exploró con el dedo el estado de las superficies huesosas y se observó que la cabeza del fémur, desprovista de su cartílago de encostramiento, estaba costituida por un tejido frágil y deleznable, al grado que bastó la cucharilla de Simpson (en sustitucion á la de Volkmann) para destruir y raspar toda aquella porcion alterada del fé-

mur; se investigó luego el estado que guardaba la cavidad cotilóidea, y se vió que desprovista tambien de cartílago diartrodial en algunos puntos, perforada en su centro, que estaba cerrado por una membrana fibrosa, se hallaba falta de su reborde en una buena porcion de la parte póstero-superior; el resto de la cavidad articular era sembrado de fungosidades. Estas y todos los puntos huesosos que parecian alterados se quitaron con la cucharilla, la gubia y el cincel.

Se hizo un lavatorio antiséptico á la herida para arrastrar todos los detrítus; se ligó el vaso herido en el primer tiempo de la operacion, dejando por precaucion la pinza de Pean; se insufló yodoformo cristalizado en la cavidad; se llenó ésta con bolas de gasa yodoformada y se colocó, por último, una curacion Listeriana. El tiempo trascurrido para ejecutar la operacion fué hora y media. La palidez de la enfermita llegó á su colmo, el pulso radical era imperceptible, en la humeral se contaban 144 pulsaciones por minuto y la temperatura axilar era de 35°. Se le puso una inyeccion hipodérmica de alcohol, é inmediatamente despues otra de éter sulfúrico con la mira de remediar el estado álgido que se anunciaba; la medicacion ese dia se redujo á excitantes difusibles y un poco de bromuro de potasio. Por la noche, el pulso radical que ya se sentia, latia 150 veces por minuto; la temperatura era de 35°2 y el número de respiraciones 25.

El dia 7 el pulso radical se siente más lleno y ménos frecuente, la temperatura se eleva á 38°8, hay buen apetito y no ha habido diarrea. El dia 8 se quitó la curacion, notándose entónces el color rosado de la herida, supuracion franca y de buen aspecto. Los dias 8 y 9 el estado local y general es bastante satisfactorio, el apetito se conserva, el pulso es más lleno y la temperatura oscila entre 37° y 37°5. El dia 10 en el estado local no hay nada malo, mas en el general se observa lo siguiente: cambio completo en el caractér de la niña, que de tranquilo y apacible se torna en violento é irascible; el apetito ha disminuido; la diarrea ha vuelto, preséntandose con cierta intensidad, pues las evacuaciones son muy frecuentes; se queja de mucha sed y en la noche está muy postrada, al grado de no poder efectuar movimiento alguno; en fin, se añade á este cuadro un deseo invencible de dormir muy á menudo. El dia 11 continúa en el mismo estado; por la noche la intensidad de la diarrea es tal, que las evacuaciones se hacen sin que la enfermita se dé cuenta de ellas. El dia 12 por la mañana, al momento de curar-

la se observa que el estado de la herida no es malo, mas el general sigue agravándose; la postracion, la somnolencia y la diarrea no ceden; á las tres y media de la tarde sufre un ataque que la enfermera me describe así: la niña se extendió fuertemente, echó la cabeza hácia atrás, dirigió la mirada arriba, extendió los brazos y las piernas y hubo un momento que parecia muerta. El señor practicante de guardia que la vió me dijo se le habia encontrado en la situacion en que yo la observaba á las cuatro y media de la tarde y que era la siguiente: decúbito dorsal, opistótonos marcado, mirada fija, pupila contraida, cara desviada á la derecha, trismus, brazos y piernas extendidos, contractura ligera de los flexores de la mano y extensores del pié, reflejo plantar perdido y reflejos tendinosos exagerados; la temperatura era de 39°; la respiracion irregular, suspirosa á veces, otras con el tiempo de la de Cheynes Stokes; y por último, el pulso era tan frecuente que casi era imposible contarse. La inesperada aparicion de estos síntomas dieron la idea de una tuberculósis cerebral. A pesar de haberse puesto en práctica el tratamiento médico recomendado en tales casos, la enfermita sucumbió el dia 14 á la una de la mañana.

La autopsía vino á confirmar todo lo que en vida se habia sospechado; las principales lesiones que se encontraron fueron la de las tuberculósis cerebral é intestinal, así como tambien uno que otro tubérculo pulmonar en diversos períodos de su desarrollo, algunos completamente calcificados.

Noviembre 20 de 1886.